

## MODULISTICA

### SPORTELLO DI ASCOLTO E INTERVENTO PSICOLOGICO

Istituto Comprensivo "LIDO DEL FARO" – FIUMICINO (ROMA)

*Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico*

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori/affidatari dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

presa visione dell'informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico,  
istituito presso codesto Istituto,

### **AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire di questo servizio.

FIUMICINO \_\_\_\_\_

In fede

Firme di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_