**Consenso informato per l’autorizzazione del genitore all’accesso del minore allo Sportello Ascolto psicologico**

Il sottoscritto genitore/affidatario

dell’alunno/a………………………………………nato/a……………………………

il……………………frequentante la classe…….. della Scuola Secondaria di Primo Grado dell’IC Contursi Terme,

 informato dell’istituzione nella scuola del Progetto “Sportello Ascolto psicologico”

AUTORIZZA  NON AUTORIZZA

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali e/o di gruppo con la psicologa referente dell’Istituto.

Contursi Terme, …………………………

Firma…………………………