



**Collegio San Giuseppe
Istituto De Merode - Roma**

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

I sottoscritti.....

Genitori (Altro specificare

dell'alunno/a.....nato/a.....

il ___/___/_____ frequentante la classe e sezione.....

presa visione degli obiettivi e delle metodologie d'intervento dello Sportello d'Ascolto Psicologico attivato, nell'anno scolastico 2016/2017 presso l'Istituto San Giuseppe - De Merode

Autorizzano

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con lo psicologo,
Dott. Ivano Gagliardini

In fede,

Firma del padre.....

Firma della madre.....

Data ___/___/___/

Eventuali Annotazioni
