

Oggetto: Modulo per consenso informato dei genitori per consulenze psicologiche a minorenni.

Dichiarazione di consenso informato:

Io sottoscritto _____ nato a _____

il ____ / ____ / _____ tel. _____ cell. _____

identificato mediante documento: n° _____ rilasciato da _____

_____ il ____ / ____ / _____

padre del minore/della minore _____ che frequenta la classe ____ sezione ____

del plesso _____ dell'Istituto Professionale di Stato "Enrico Falck"

e io sottoscritta _____ nata a _____

il ____ / ____ / _____ tel. _____ cell. _____

identificato mediante documento: n° _____ rilasciato da _____

_____ il ____ / ____ / _____

madre del minore/della minore _____ che frequenta la classe ____ sezione ____

del plesso _____ dell'Istituto Professionale di Stato "Enrico Falck"

esprimiamo il nostro consenso a che nostro figlio/nostra figlia possa usufruire, nella sua piena libertà, delle consulenze

messe a disposizione dal Dott.ssa Alfano Romina per l'a.s. 2023/2024 (Servizio di Consulenza psicologica).

Sesto San Giovanni, ____ / ____ / 20...

Firma del padre _____

Firma della madre _____