

**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 \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ frequentante 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. 2024/2025 (Servizio di Consulenza psicologica).

Sesto San Giovanni, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20...

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_