

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE
ALLO "SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO"

a.s. 2025/2026

Il sottoscritto padre/affidatario/tutore _____ e la
sottoscritta madre/affidataria/tutrice _____
dell'alunno/a _____ frequentante la classe ____ sez. ____
a conoscenza del servizio di Sportello d'Ascolto scolastico

☐ AUTORIZZA

☐ NON AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a fruire del servizio di Sportello d'ascolto in qualsiasi momento dell'anno scolastico
qualora ne manifesti la necessità e a partecipare ad eventuali altre attività, inerenti allo Sportello di
Ascolto, svolti dallo Psicologo, dottor Vincenzo Lasala, a cui è demandato il servizio

Nel caso di impossibilità della firma di uno dei genitori

"Il/La sottoscritto/a, consapevole

Data, _____ Firma del padre

Firma della madre