



Sportello d'ascolto

Consenso informato per Interventi e accesso allo Sportello d'Ascolto Psicologico

A.S. _____ / _____

I sottoscritti:

genitori/affidatari dell'alunna/o:

frequentante la classe ____ sez. ____ plesso _____

presa visione dell'istituzione, presso l'Istituto Comprensivo "I.C. Costabile Carducci" Capaccio Capoluogo, del Progetto "PROGETTO SPORTELLO PSICOLOGICO"

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

che la/il propria/o figlia/o usufruisca degli interventi collettivi e del servizio di osservazione diretta e partecipata in classe con lo/a Psicologa/o.

Data _____

Firma Genitore

Firma Genitore
