



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
" GIUSEPPE VERDI"
Via Casella - tel. . 091 6831487
C.F. 80027450826 - COD.MECC. PAIC 87800P
90145 – PALERMO



www.icsverdi.it e-mail paic87800p@istruzione.it

MODULO DI CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Al Dirigente Scolastico dell'ICS Giuseppe verdi

Palermo

I sottoscritti _____ genitori (Specificare se altro, ad esempio affidatario o tutore (_____) dell'alunno/a _____ nato/a _____

Il _____ frequentante la classe ____ sez _____

AUTORIZZANO

Il/La proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la psicologa Dott.ssa Cristina Romeo.

Il contenuto dei colloqui sarà riservato.

La presente vale anche come autorizzazione a comunicare alla scuola, in via riservata, l'esito del colloquio qualora emergessero elementi tali da ritenerlo necessario

In fede

Firma padre _____

Firma madre _____

Luogo e data