

Consenso informato

Autorizzazione dei genitori al colloquio

Sportello Spazio - Ascolto

Il sottoscritto _____, nato a _____ (____), il _____
C.F.: _____ residente a _____
padre/madre dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____
sez _____ della Scuola _____

AUTORIZZA

il proprio figlio/a _____ ad usufruire dello “Sportello Spazio Ascolto” e ad incontrare individualmente la Psicologa Dott.ssa Zin Alessia
È uno spazio di ascolto e di comunicazione, per confrontarsi, parlare, trovare risposte ai problemi che sorgono nella vita scolastica e quotidiana. Si precisa che il colloquio che si svolgerà all'interno dello sportello non ha fini terapeutici.
La presente autorizzazione è valida per l'anno scolastico 2023/2024.

Treviso, _____

Firma dei genitori _____
