

## **STUDENTE MINORENNE**

CONSENSO INFORMATO PER ACCEDERE ALLO  
**“SPORTELLO D’ASCOLTO”**  
ISTITUTO COMPRENSIVO “PICENTIA”  
PONTECAGNANO FAIANO (SA)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
genitore/affidatario/tutore dell'alunn\_ \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ di questo  
Istituto, dichiara di essere a conoscenza del servizio offerto dallo “Sportello d’Ascolto” e

**AUTORIZZA**

\_\_\_I\_\_\_ propri\_\_\_ figli\_\_\_, minorenni, a partecipare agli incontri con la Pedagogista Clinica, Dott.ssa Anna Maria  
Pingaro, nell’ambito del progetto attivato presso codesta Istituzione Scolastica, in orario curriculare.

(La scelta operata è valida fino a revoca da parte del sottoscrittore)

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma

N.tel.cellulare \_\_\_\_\_

Lo sportello di consulenza prevede l’incontro personale con la responsabile dello “Sportello d’ascolto” in forma riservata, nel rispetto della privacy e della segretezza professionale, per affrontare e gestire situazioni di difficoltà nei rapporti in ambito sociale, professionale, scolastico e familiare.