

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 curricolare.

(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.