

MODULO DI CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

**Al Dirigente Scolastico
dell'IIS Assteas Buccino**

I sottoscritti....., genitori
(Specificare se altro, ad esempio affidatario o tutore.....) dell'alunno/a
....., nato/a a il
..... e frequentante la classe..... sez., presa visione degli obiettivi e delle
metodologie d'intervento dello sportello d'ascolto psicologico attivato nell'anno scolastico
2016/2017 presso l'IIS Assteas sedi Buccino, San Gregorio Magno e Oliveto Citra

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la psicologa Dott.ssa Luisa Petrosino (sede
Buccino e San Gregorio) o Dott.ssa Naponiello Santina (sede di Oliveto Citra).

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