

**SCUOLA SECONDARIA PARITARIA DI 1° GRADO****A.S. 2024-2025****Consenso informato****per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

genitore/affidatario dell'alunno/a

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa scolastica Dott.ssa Elena Garlaschi.

In fede,

Genitore 1 \_\_\_\_\_

Genitore 2 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_