



## SCUOLA PRIMARIA PARITARIA A.S. 2024-2025

\*\*\*\*\*

### Consenso informato

#### per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori/affidatari 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 \_\_\_\_\_