



SCUOLA PRIMARIA PARITARIA A.S. 2025-2026

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 _____