

**Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico a.s. 2020/2021**  
(ai sensi dell'art. 24 e dell'art. 31 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani)

Il sig. .... e la sig.ra .....  
genitori/affidatari/tutore dell'alunno/a .....nato/a a .....  
il..... frequentante la classe ..... sezione ..... dell'Istituto.....,  
presa visione dell'informativa relativa all'attivazione dello Sportello d'Ascolto Psicologico

**AUTORIZZANO**

la partecipazione del minore alle attività di supporto psicologico rese dalla dott.ssa Aida Rizzo presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo .....

Data .....

In fede

FIRMA DEL PADRE .....

FIRMA DELLA MADRE .....

**(Il modulo deve essere firmato da entrambi i genitori)**