**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER L’ACCESSO ALLO SPORTELLO**

(SCRIVERE A STAMPATELLO)

**Genitore o Tutore del Minore**:

Io sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………..

nato/a a ……………………………………………………… il ……………………………………………..

Io sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………...

nato/a a ……………………………………………………… il ……………………………………………..

**Dello Studente**:

Cognome…………………………………………Nome………………………………….Classe……….

Esprimo/ iamo il mio/ nostro consenso a che nostro /a figlio /a usufruisca delle prestazioni professionali dello

Psicologo Dott.ssa Silvia Civa, consulente dell’istituto scolastico IPSIA “Primo Levi” di Parma

Data………. Firme ……………………………………….

……………………………………….

**QUALORA IL GENITORE FIRMATARIO SIA L’UNICO AD AVERE LA RESPONSABILITA’ GENITORIALE DOVRA’ APPORRE ULTERIORMENTE LA SUA FIRMA QUI SOTTO.**Nella consapevolezza del rilascio di dichiarazioni non corrispondenti a verità rispetto alle normative vigenti.

Data……….. Firma ……………………………………….