

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto.....

nato a.....il

residente a Cap....., in via

La sottoscritta.....

nata a.....il

residente a Cap....., in via

in qualità di genitori/affidatari/tutori, dell'alunno/a _____ frequentante

la classe.....sez..... del Liceo classico/scientifico

AUTORIZZANO

il propri/a figlio/a ad usufruire del servizio di sportello psicologico offerto gratuitamente dalla scuola, come da circ. n. 225 del 14/01/2023.

Data.....

Firma dei due genitori (o di altri esercenti la responsabilità genitoriale):

1. (padre/affidatario/tutore)_____

2. (madre/affidataria/tutrice)_____