Collegio San Giuseppe
Istituto De Merode - Roma

Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico

I sottoscritti……

Genitori (Altro specificare ……)

dell'alunno/a……nato/a……

il ___/____/_____ frequentante la classe e sezione……

presa visione degli obiettivi e delle metodologie d'intervento dello Sportello d'Ascolto Psicologico attivato, nell'anno scolastico 2023/2024 presso l'Istituto San Giuseppe – De Merode

Autorizzano

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con lo psicologo,
Dott. Ivano Gagliardini

☐ Autorizziamo lo scambio di informazioni con gli insegnanti della classe dell'alunno

☐ Non si concede l'autorizzazione allo scambio di informazioni con gli insegnanti della classe dell'alunno.

Nel caso in cui l'allievo fosse seguito a strutture esterne o da singoli professionisti

☐ Si concede l'autorizzazione allo scambio di informazioni

☐ Non si concede l'autorizzazione allo scambio di informazioni

In fede,

Firma del padre……

Firma della madre……

Data ____/____/_____/

Eventuali Annotazioni

_____

_____