



**ISTITUTO COMPrensIVO STATALE
" GIUSEPPE VERDI "**
Via Casella - tel. 091 6831487 fax 091 226881
C.F. 80027450826 - COD.MECC. PAIC 87800P
90145 - PALERMO



www.icsverdi.it e-mail paic87800p@pec.istruzione.it

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D'ASCOLTO
PSICOLOGICO**

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. G. VERDI di Palermo**

I sottoscritti.....

genitori (Specificare se altro, ad esempio affidatario o tutore.....) dell'alunno/a

il nato/a a ,

..... e frequentante la classe..... sez.,

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la psicologa Dott.ssa Daniela Randazzo
Il contenuto dei colloqui sarà riservato. La presente vale anche come autorizzazione a
comunicare alla scuola, in via riservata, l'esito del colloquio qualora emergessero elementi tali
da ritenerlo necessario.

In fede

.....
Firma padre.....

.....
Firma madre.....

Luogo e data