

(Allegato A)

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI PIEVEPELAGO**

Via A Ferrari 1 41027 Pievepelago MO

Tel e fax 0536/71302 e mail moic80600g@istruzione.it



**Modulo per consenso informato per prestazioni psicologiche a minorenni**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

identificato mediante documento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

padre del minore \_\_\_\_\_

e io sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

identificata mediante documento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

madre del minore \_\_\_\_\_

in virtù della responsabilità genitoriale, diamo/non diamo il consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali: **partecipazione Progetto "Sportelli d'Ascolto nelle scuole del Frignano" che prevede la consulenza da parte dello psicologo Dott. Marco Bocini.**

Data \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_