Sportellodiascolto

CONSENSO INFORMATO PERL’ACCESSO ALLO

**“SPORTELLOD’ASCOLTO”**

# AllaDirigenteScolastica

***Prof.ssaMilena S.Mancini***

# Scuola Secondaria I Grado“Giovanni Bovio”

*V.leColombo71122Foggia*

Ilsottoscritto genitore/affidatario/tutore

dell’alunno/a frequentantela

classe………………..………sez

**dichiara**

1. Di essere a conoscenza del servizio offerto dallo“Sportello d’Ascolto”
2. di aver preso visione e di aver accettato quanto espresso nel consenso informato prot. n. 4214/VIII.3del 28/10/2021

pertanto

* AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a, minorenne, ad usufruire degli incontri per il “Progetto d’ascolto”(*la sceltaoperata èvalida finoa revocadapartedel sottoscrittore*).

Data…………………………….

Infede

……………………………………