Sportello di Ascolto

CONSENSO INFORMATO PER L’ACCESSO ALLO

**“SPORTELLO D’ASCOLTO”**

# Alla Dirigente Scolastica

***Prof.ssa Milena S. Mancini***

# SS1°G “Giovanni Bovio”

*V.le Colombo202*

*71121 Foggia*

Il sottoscritto genitore/affidatario/tutore

dell’alunno/a frequentante la

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 scelta operata è valida fino a revoca da parte del sottoscrittore*).

Data…………………………….

Infede

……………………………………