

**STUDENTE MINORENNE**

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO  
"SPORTELLLO D'ASCOLTO"**

*Al Dirigente Scolastico  
Prof. Carlo Firmani*

Il sottoscritto.....genitore/affidatario/tutore  
dell'alunno/a .....frequentante la  
classe.....sez..... dichiara di essere a conoscenza del servizio  
offerto dallo "Sportello d'Ascolto" e:

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a, minorenni, ad usufruire degli incontri per il "Progetto d'ascolto"  
(la scelta operata è valida fino a revoca da parte del sottoscrittore).

Data .....

In fede

.....