

Consenso informato per Interventi e accesso allo Sportello d'Ascolto Psicologico

I sottoscritti _____ genitori/affidatari

dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____

frequentante la classe _____ della Scuola _____

presa visione della Circolare n° 5 dell'Istituto Comprensivo di Longiano, riguardo il "Progetto Intervento e Sportello d'Ascolto Psicologico"

☐ ACCONSENTONO

☐ NON ACCONSENTONO

che il/la proprio/a figlio/a usufruisca degli interventi collettivi, del servizio di osservazione diretta e partecipata in classe e degli incontri individuali con la Psicologa Psicoterapeuta, Dott.ssa Donatella Pintus.

Tale consenso informato ha validità per tutta la durata della permanenza presso codesto Istituto, salvo comunicazione scritta di revoca.

Firma Madre _____

Firma Padre _____

Data _____

Consenso informato per Interventi e accesso allo Sportello d'Ascolto Psicologico

I sottoscritti _____ genitori/affidatari

dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____

frequentante la classe _____ della Scuola _____

presa visione della Circolare n° 5 dell'Istituto Comprensivo di Longiano, riguardo il "Progetto Intervento e Sportello d'Ascolto Psicologico"

☐ ACCONSENTONO

☐ NON ACCONSENTONO

che il/la proprio/a figlio/a usufruisca degli interventi collettivi, del servizio di osservazione diretta e partecipata in classe e degli incontri individuali con la Psicologa Psicoterapeuta, Dott.ssa Donatella Pintus.

Tale consenso informato ha validità per tutta la durata della permanenza presso codesto Istituto, salvo comunicazione scritta di revoca.

Firma Madre _____

Firma Padre _____

Data _____