

PROGETTO PSICOLOGO SCOLASTICO

CENTRO SOLIDARIETA' SOLCIALE SOLARIS ONLUSL

REFERENTE: DOTT.SSA ANTONELLA GUGLIOTTA

ANNO SCOLASTICO 2013/2014

Consenso informato per l'accesso ai colloqui individuali

__I__ sottoscritt__ _____

genitore/affidatario dell'alunn__ _____

nat__ a _____ il _____, frequentante la classe

_____ sez. ___ del Liceo _____, presa visione dell'istituzione presso la

Scuola del Servizio di Psicologia Scolastica

AUTORIZZA

__I__ propri__ figli__ ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa del Servizio,

Dottorressa Antonella Gugliotta.

Data _____

Firma del genitore (se minorenne)