



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO- AMBITO 14
ISTITUTO COMPRENSIVO "GOFFREDO MAMELI"
Viale della Vittoria, 2 – 00036 Palestrina - Tel. 069538171 – Fax 069534166
C.M. RMIC8DQ001 – C.F. 93021340588 - Sito Internet www.icmamelipalestrina.edu.it
rmic8dq001@istruzione.it ===== rmic8dq001@pec.istruzione.it

CONSENSO PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO A.S. 2020/21

INFORMATIVA **CONSULTABILE** **AL** **SEGUENTE** **LINK:**
https://web.spaggiari.eu/sdg/app/default/view_documento.php?a=akVIEW FROM ID&id_documento=171562262&se_de_codice=RMME0213

PERSONALE SCOLASTICO/GENITORI

Il docente/pers. ATA/genitore sig. dichiara di aver compreso quanto illustrato dall'informativa sopra riportata e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Federica Antonelli presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

ALUNNI

La Sig.ra madre del minorenne.....
nata a il ____/____/____
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Federica Antonelli presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenne.....
nato a il ____/____/____
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Federica Antonelli presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO- AMBITO 14
ISTITUTO COMPRENSIVO "GOFFREDO MAMELI"
Viale della Vittoria, 2 – 00036 Palestrina - Tel. 069538171 – Fax 069534166
C.M. RMIC8DQ001 – C.F. 93021340588 - Sito Internet www.icmamelipalestrina.edu.it
rmic8dq001@istruzione.it ===== rmic8dq001@pec.istruzione.it

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ____/____/____

Tutore del minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)

residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali
rese dalla dott.ssa Federica Antonelli presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore