

**Al Dirigente scolastico
del Liceo Classico Statale *Umberto I*
Piazza. G. Amendola 6
N A P O L I**

Oggetto: consenso informato per l'accesso del minore allo *Spazio d'ascolto Psicologico* per l'a.s. 2017-18

I sottoscritti

Sig.ra.....e Sig.
genitori/tutore dell'alunno/a..... della classe.....sez.....,
nato a, ilpresa visione della circ. n° /C27 del
07/XI/2017 pubblicata all'albo e sul sito WEB dell'Istituto,

A U T O R I Z Z A N O

il proprio figlio/a ad accedere allo *Spazio Ascolto* ed usufruire degli incontri con gli psicologi del
Consultorio familiare d.s.b. 24, qualora, nel corso dell'a.s. 2017-18, lo ritenesse opportuno e ne
esprimesse il desiderio.

..... ,

Firma

.....
.....

Eventuali annotazioni:
.....