**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO**

**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

**ISTITUTO COMPRENSIVO “VITRUVIO POLLIONE”**

Via E.Filiberto, 73 – 04023 Formia (LT) – tel 0771/21193-fax 0771/322739

C.M. LTIC81300V C.F. 90027840595

**sito:** www.icpollione.edu.it **PEO:** ltic81300v@istruzione.it **PEC:** ltic81300v@pec.istruzione.it

 ***ALLEGATO N.°1***

***MODULO CONSENSO INFORMATO PER ACCEDERE ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO***

***MAGGIORENNI***

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal

professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

***MINORENNI***

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………………….

nata a il / /

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

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 dal... dott presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne…………………………………………………….

nato a il / /

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

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 dal... dott presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig............................................................................................nata/o a…………………………………………….

il / /

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

........................................................................................................................................................................

residente a …………………..………….....................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

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 dal... dott presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore