**CONSENSO INFORMATO PER MINORI**

Consenso informato per l’accesso del/della minore alle attività di gruppo in classe e/o individuale con la Psicologa Scolastica

Il/ La sottoscritto/ a

Genitore / affidatario dell’alunna/o

Nato/a a Il

Frequentante la classe

della Scuola Istituto d’Istruzione Superiore “A. Bafile”

Presa visione dell’Istituzione presso la Scuola del Servizio Psicologico attivo nelle classi e la possibilità di effettuare incontri individuali

**AUTORIZZA**

La/il propria/o figlia/o ad usufruire degli incontri di gruppo in classe e/o individuali con la Psicologa Dott.ssa Sacchetti Mara

In fede

Firma