

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Inviare a rmic8cj00g@istruzione.it

La Sig.ranata a
il ____/____/____ e residente a
in via/piazzan.....
e

Il Sig.nato a
il ____/____/____ e residente a
in via/piazzan.....

genitori dell'alunna/o _____ classe _____ sez. _____

dichiarano di prestare il proprio consenso affinché la/il figlia/o possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Denia Franco.

Luogo e data _____

Firma della madre _____

Firma del padre _____