

(Parte da firmare e restituire alla dott.ssa Zatti in caso di richiesta di colloquio)

Consenso informato

Si richiede la compilazione e la firma di **ENTRAMBI I GENITORI**, affinché il/la proprio/a figlio/a minorenni possa usufruire di questa opportunità.

I genitori/tutori di _____

frequentante la classe _____

DICHIARANO

di aver preso visione della comunicazione relativa al Punto d'Ascolto (PDA) messo a disposizione presso l'istituto Superiore Zanelli.

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

Il/la figlio/a ad usufruire del Punto d'Ascolto

Firma del padre _____

N° di un documento di identità _____

Firma della madre _____

N° di un documento di identità _____

Data _____