

SPORTELLLO PSICOPEDAGOGICO SCOLASTICO

MODULO CONSENSO INFORMATO (Utenti minori o accompagnati)

Allegato 1.A

- Il/La sottoscritto/a _____ (nome e cognome)
nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via/piazza _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____
- Il/La sottoscritto/a _____ (nome e cognome)
nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via/piazza _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____

in qualità di: (barrare casella adeguata)

- ☐ Genitore/i di (nome e cognome dell'alunno/a) _____
frequentante la classe _____ Sez. _____ presso l'Istituto Professionale W. Kandinsky
- ☐ tutore/i di (nome e cognome dell'alunno/a) _____
frequentante la classe _____ Sez. _____ presso l'Istituto Professionale W. Kandinsky
in ragione del provvedimento n. _____ del _____ emanato
dall'Autorità _____

avendo letto e compreso quanto illustrato dai professionisti dello Sportello Psicopedagogico Scolastico, offerto dall'Istituto Professionale per i Servizi Commerciali W. Kandinsky di Milano e gestito da Zero5 – laboratorio di utopie metropolitane cooperativa sociale e riportato nel foglio informativo - di cui questo modulo è parte integrante -

☐ **prestano il consenso/presta il consenso**

☐ **non prestano il consenso/non presta il consenso**

affinché il minore suindicato possa accedere allo Sportello per colloqui di supporto e di consulenza in presenza e/o da remoto (tramite la piattaforma scolastica e/o strumenti alternativi).

Data: _____

Firma **X** _____ Firma **X** _____

Attenzione: eccetto il caso del tutore o di esistenza di un solo genitore esercente la responsabilità genitoriale, occorrono le firme di entrambi i genitori