

SPORTELLLO PSICOPEDAGOGICO SCOLASTICO

MODULO CONSENSO INFORMATO

(Utenti maggiorenni)

Allegato 1.B

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

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 -

☐ presta il consenso

☐ non presta il consenso

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

Cognome e Nome _____

Firma **X** _____ **Data:** _____