

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
PER ASSISTENZA E SUPPORTO PSICOLOGICO**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ tel. _____

In qualità di

- Genitore

- Docente

- Collaboratore scolastico

- Addetto alla segreteria

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di aver preso conoscenza dell'informativa relativa alle attività di ascolto finalizzate al benessere psico-fisico di tutte le componenti scolastiche.

Data _____

Firma _____