



Consenso informato

Sportello d'Ascolto Psicologico POF 2023-2024

Istituto Comprensivo Empoli Ovest

Il sottoscritto (padre) _____

Nato a _____ il _____

La sottoscritta (madre) _____

Nata a _____ il _____

genitori dell'alunno/a _____ classe _____

scuola _____

Autorizzano

il proprio figlio/a minorenne ad avvalersi di una o più consultazioni psicologiche con la Dr.ssa Cecilia Monge Roffarello, psicologa e psicoterapeuta, (iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n°3628) presso i locali della scuola.

Firma del padre _____

Firma della madre: _____