

**MODULO DI CONSENSO PER ACCESSO A “SPORTELLO D’ASCOLTO”  
DEL LICEO LINGUISTICO “ILARIA ALPI”**

Io sottoscritto (nome del padre).....

Io sottoscritta (nome della madre).....

Genitori di (nome studente).....

Classe e sezione .....

dichiarano di aver compreso quanto illustrato dal professionista e decidono con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere allo Sportello d’Ascolto svolto dalla dott.ssa CANDOTTI ORIANA presso il Liceo Linguistico “Ilaria Alpi”

**ACCONSENTIAMO**

**NON ACCONSENTIAMO**

Firma del padre

Firma della madre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_