

Scuola Materna " Minime dell'Addolorata"
Via Dal Bagno , 44
41013 Castelfranco Emilia
Modena

Dichiarazione di consenso informato
valido per tutto il periodo di frequenza

Io sottoscritto.....
nato a..... il.....
identificato mediante documento: n°.....
rilasciato da il.....
padre del minore.....

e
io sottoscritta.....
nata a..... il.....
identificata mediante documento: n°.....
rilasciato da..... il.....
madre del minore.....

esprimiamo il nostro consenso a che nostro/a figlio/a
usufruisca delle prestazioni professionali, elencate nell'allegato,
della psicologa Dr.ssa Virna Degli Esposti.

Data

Firma padre.....

Firma madre.....

Scuola Materna " Minime dell'Addolorata"
Via Dal Bagno , 44
41013 Castelfranco Emilia
Modena

Allegato alla
Dichiarazione di consenso informato
valido per tutto il periodo di frequenza

Progetto scuola-famiglia

All'interno del Progetto scuola-famiglia che già da diversi anni si attua all'interno della nostra scuola, in particolare con la proposta formativa e il centro d'ascolto, chiediamo la vostra autorizzazione affinché la Dr.ssa Virna Degli Esposti possa effettuare osservazioni sul gruppo sezione.

Concedo autorizzazione

Nego autorizzazione

Data.....

Firma del padre.....

Firma della madre.....

