

# CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO

## MINORENNI

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_,  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov ( \_\_ ),  
in via \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, cell  
\_\_\_\_\_, e- mail \_\_\_\_\_.

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_,  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov ( \_\_ ),  
in via \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, cell  
\_\_\_\_\_, e- mail \_\_\_\_\_

in qualità di genitori o tutori del minore \_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_,  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ prov ( \_\_ ), in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

dichiarano di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere allo Sportello di Ascolto tenuto dalla dott.ssa Silvia Maria Torrisi, [torrisi.silvia@itarchimede.it](mailto:torrisi.silvia@itarchimede.it)

**Luogo e data**

**Firma dei genitori/tutori**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## MAGGIORENNI

**(per studenti maggiorenni, insegnanti, personale scolastico o genitori che accedono al servizio)**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_,  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov ( \_\_ ),  
in via \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, cell  
\_\_\_\_\_, e- mail \_\_\_\_\_

dichiara di prestare il proprio consenso per poter accedere allo Sportello di Ascolto tenuto dalla dott.ssa Silvia Maria Torrisi, [info@silviatorrisi.it](mailto:info@silviatorrisi.it)

**Luogo e data**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_