**CONSENSO INFORMATO ATTIVITA’ PROGETTO “SPORTELLO D’ASCOLTO”**

I sottoscritti: COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e

COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di genitori del minore COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto/a presso la Scuola Primaria plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. nella classe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez:\_\_\_\_\_\_,

**DICHIARIANO**

Di aver letto l’informativa allegata al presente modulo e di voler far aderire il/la proprio/a figlio/a al progetto di “Sportello d’Ascolto” rivolto al gruppo classe.

Velletri …………………………

Firma dei genitori ……………………………..

……………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |