

MODULO MINORI

Il Signor _____ e la Sig.ra _____ sono informati sui punti in merito all'intervento psicopedagogico attivato dalla Sportello Scolastico nei confronti del proprio figlio _____ C.F. _____ da parte della Dott.ssa Erina Eulalia Tucci Psicologa Scolastica e la Dott.ssa Troiano Rosanna Pedagogista clinica , e presta/prestano il consenso allo svolgimento delle suddette attività.

Esercente responsabilità genitoriale (padre)oppure tutore

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

Esercente responsabilità genitoriale (madre)

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

Luogo e data _____

Firma esercenti responsabilità genitoriale

Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____