

MODULO DI NON ACCETTAZIONE

PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO PSICOLOGICO DI ASCOLTO SCOLASTICO

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenn.....  
nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di **non prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali** rese dalla dott.ssa Graziano per le attività dello Sportello di ascolto psicologico attivo nell'a.s. 2024/25 presso il Liceo "Alberti".

Luogo e data

Firma della madre

ALLEGARE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO ( CARTA D'IDENTITA' )

Il Sig. ....padre del minorenn.....  
nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di **non prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali** rese dalla dott.ssa Graziano per le attività dello Sportello di ascolto psicologico attivo nell'a.s. 2024/25 presso il Liceo "Alberti".

Luogo e data

Firma del padre

ALLEGARE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO ( CARTA D'IDENTITA' )

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tutore del minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, ..... data numero) .....  
.....

residente a .....  
in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di **non prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali** rese dalla dott.ssa Graziano per le attività dello Sportello di ascolto psicologico attivo nell'a.s. 2024/25 presso il Liceo "Alberti".

Luogo e data

Firma del tutore

ALLEGARE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO ( CARTA D'IDENTITA' )