

**Istituto d'Istruzione Superiore
"Paolo Borsellino e Giovanni Falcone"-Zagarolo**

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____ Classe _____ indirizzo
_____ telefono _____ dà il proprio consenso a
che il proprio/la propria figlio/a possa avvalersi del servizio "ScuolAscolta".

Firma del genitore

Allego copia del documento di identità

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____ Classe _____ indirizzo
_____ telefono _____ dà il proprio consenso a
che il proprio/la propria figlio/a possa avvalersi del servizio "ScuolAscolta".

Firma del genitore

Allego copia del documento di identità