

REGIONE
ABRUZZO



Ministero dell'Istruzione e del Merito

**Istituto Professionale di Stato per l'Enogastronomia e l'Ospitalità
Alberghiera
"Giovanni Marchitelli"**

Via Roma 22/bis - 66047 - Villa Santa Maria (CH)

C.F. 81001840693 - Centralino 0872.944422 - Fax 0872-940561

CHRH01000N@istruzione.it - CHRH01000N@pec.istruzione.it www.istitutoalberghierovillasantamaria.edu.it

Al Dirigente Scolastico
I.P.S.S.A.R. "G. Marchitelli"
chrh01000n@istruzione.it

Alla Dott.ssa
D'Alonzo Rosalba
rosalbadalonzo@libero.it

**CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE
ALLO "SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO RIVOLTO AGLI ALUNNI"**

I sottoscritti

Genitore _____ (altro _____)

nato
a _____ il _____

Genitore _____ (altro _____)

nata
a _____ il _____, in
qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del/la minore _____ nato/a
a _____ il _____ e frequentante la classe _____
dell'I.P.S.S.A.R. "G. MARCHITELLI" di Villa Santa Maria (CH), a conoscenza dello Sportello di Ascolto