

**ALLEGATO 3**

**In qualità di docente/personale dell'I.C.S. Monti Iblei – V. E. Orlando**

Il/La Sig.....

nato/a 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 prestare il proprio consenso affinché possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Francesca Signorello presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

**In allegato copia del documento d'identità del firmatario**