



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  
**ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE**  
**DI VIA DELL'IMMACOLATA, 47**

Distretto n°29 - RMIS10100R

Tel. 06121124295

sito web: [www.iisguglielmotti.edu.it](http://www.iisguglielmotti.edu.it) - email: [rmis10100r@istruzione.it](mailto:rmis10100r@istruzione.it)  
[rmis10100r@pec.istruzione.it](mailto:rmis10100r@pec.istruzione.it)

Alunni/e maggiorenni

**Modulo per consenso e accesso alle attività di prevenzione e formazione per un ambiente di apprendimento efficace - Servizio di consulenza in ambito psicologico**

Il/la sottoscritto/a.....

alunno/a maggiorenne.....

frequentante la classe ..... sez. ....del

- Liceo Classico
- Liceo delle Scienze Umane
- Liceo delle Scienze Umane - opzione Economico Sociale
- Liceo Artistico

in considerazione della maggiore età, del grado di autonomia, dello specifico contesto scolastico a me medesimo noto, in possesso dell'adeguata maturità psico-fisica,

dichiara espressamente

di voler partecipare, nel corrente anno scolastico al servizio di sportello d'ascolto psicologico.

Civitavecchia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dello studente/studentessa maggiorenne\_\_\_\_\_