



AUTORIZZAZIONE all'ACCESSO allo SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO (CIC)

ALLIEVI MINORENNI

Ai genitori degli alunni minorenni si richiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello **Sportello d'Ascolto Psicologico**.

I sottoscritti (indicare cognome e nome di entrambi i genitori/tutori)

_____ ,
cognome nome genitore/tutore

_____ ,
cognome nome genitore/tutore

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria sul/sulla minore

_____ ,
cognome nome alunno

nato/a a _____ (____) il _____ e frequentante nell'a.s. 2023-24 la
classe

_____ presso l'IIS G. Giolitti: (indicare con X la voce che interessa)

PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO

NON PRESTANO IL CONSENSO e NON AUTORIZZANO

il/la minore ad usufruire dei colloqui con il Dott. Loris Della Pepa in orario scolastico e presso i locali della scuola.

Luogo e Data _____ , / ____ / _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma leggibile del genitore unico firmatario/tutore: _____

oppure

Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale/tutori

