



## 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. 2022-23 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_