

AUTORIZZAZIONE SPORTELLO D'ASCOLTO

I sottoscritti

Genitori dell'alluno/a

Frequentante la classe _____ sezione _____

Sede scolastica _____

◇ AUTORIZZANO

◇NON AUTORIZZANO

Il/la propria/o figlia/o ad usufruire del servizio di sportello di ascolto e supporto psicologico condotto dalla Dott.ssa Mariachiara Toscani.

FIRMA GENITORE

FIRMA GENITORE

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta / richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che chiedono il consenso per entrambi i genitori.