**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI SPAZIO-ASCOLTO SCOLASTICO condotto dall’educatrice, dott.ssa Claudia Schibuola**

La Sig.ra ............................................................................................ genitore del/la minore ………………………………………………………………………………classe……………….. Scuola secondaria di I grado “F. Amalteo”

Nato/a a ........................................……………………… il \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………………….…………………..………….................... in via/piazza ………...…………………………...................n.….…….......

dichiara il proprio consenso affinché il figlio possa accedere allo sportello SPAZIO\_ASCOLTO condotto dall’educatrice Claudia Schibuola.

**Luogo e data Firma**

Il Sig. ............................................................................................ genitore del/la minore ………………………………………………………………………………classe……………….. Scuola secondaria di I grado “F. Amalteo”

Nato/a a ........................................……………………… il \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………………….…………………..………….................... in via/piazza ………...…………………………...................n.….……......

dichiara il proprio consenso affinché il figlio possa accedere allo sportello SPAZIO\_ASCOLTO condotto dall’educatrice Claudia Schibuola.

**Luogo e data Firma**

In caso di genitore unico firmatario: il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, 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 richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**Il genitore unico firmatario**