

	<p><b>ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "SPINETOLI – MONSAMPOLO DEL TRONTO- ACQUAVIVA PICENA"</b>  <i>Scuole Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado</i>  Piazza V. Bachelet – Località Stella di Monsampolo - 63077 Monsampolo del Tronto (AP)  Tel. 0735/704233 – C.F. 80006110441  E-mail: <a href="mailto:apic80600p@istruzione.it">apic80600p@istruzione.it</a> <a href="mailto:apic80600p@pec.istruzione.it">apic80600p@pec.istruzione.it</a></p>	
--	---	--

**DA RESTITUIRE AL COORDINATORE DI CLASSE**

Il/La sottoscritto/a..... genitore

dell'alunno/a.....

Frequentante la classe ..... della Scuola

☐ Primaria di Acquaviva Picena☐ Secondaria di Primo grado di Acquaviva Picena☐ AUTORIZZA☐ NON AUTORIZZA

Il/La proprio/a figlio/a ad usufruire dello Sportello di ascolto Psicologico.

.....

.....

(firma di entrambi i genitori o di coloro che esercitano le responsabilità genitoriale)

Alla luce delle disposizioni del Codice civile in materia di filiazione, l'autorizzazione alla partecipazione allo sportello d'ascolto psicologico, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere condivisa da entrambi i genitori. Qualora l'autorizzazione sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR n. 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.