



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO di VERGATO E GRIZZANA MORANDI

AUTORIZZAZIONE ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO

Per conoscenza del progetto "Sportello d'Ascolto" condotto dalla Dott.ssa Zaccanti Benedetta (psicologa e psicoterapeuta) e accettazione della sua utilizzazione da parte di nostro figlio.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER GENITORI CON PATRIA POTESTA' CONDIVISA

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
identificato mediante il documento _____ n° _____
rilasciato dal Comune di _____ il _____
PADRE del minore _____
e

Io sottoscritta _____
nata a _____ il _____
identificata mediante il documento _____ n° _____
rilasciato dal Comune di _____ il _____
MADRE del minore _____

In virtù della potestà genitoriale ☐ DIAMO IL CONSENSO ☐ NEGHIAMO IL CONSENSO
a che nostro figlio possa svolgere colloqui individuali con la Dott.ssa Zaccanti all'interno del progetto
Sportello d'Ascolto dell'Istituto Comprensivo.

Data _____ Firma PAPA' _____
Firma MAMMA _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER GENITORE UNICO ESERCENTE DELLA PATRIA POTESTA'

Io sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Identificato mediante documento _____ n. _____
Rilasciato da _____ il _____

PADRE/MADRE del minore _____
Dichiaro di essere l'unico esercente la patria potestà per il seguente motivo (in caso di provvedimento
giuridico mettere i riferimenti al numero di provvedimento, all'autorità emanante e alla data di
emissione)

In virtù della potestà genitoriale ☐ DO IL CONSENSO ☐ NEGO IL CONSENSO
a che mio figlio/a possa svolgere colloqui individuali con la Dott.ssa Zaccanti all'interno del progetto
Sportello d'Ascolto dell'Istituto Comprensivo.

Data _____ Firma _____

RICONSEGNARE IL TAGLIANDO ALLA SCUOLA