

Oggetto: Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico.

Il sottoscritto _____ nato il .../.../..... a _____

in qualità di (*padre, tutore/altro*) _____ Recapito telefonico _____

La sottoscritta _____ nata il .../.../..... a _____

in qualità di (*madre, tutore/altro*) _____ Recapito telefonico _____

dell'alunno/a _____ nato/a il .../.../..... a _____,

frequentante per l'a.s. 2024/25 la classe _____ sez. _____ ind. _____.

presa visione dell'Avviso relativo all'attivazione dello Sportello di Ascolto Psicologico, istituito presso codesto istituto

A U T O R I Z Z A N O

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire di questo servizio nel rispetto delle misure previste dalla normativa vigente.

Luogo _____ Data ____ / ____ / ____

FIRMA DELL' ALUNNO _____

(*per esteso e leggibile*)

FIRMA GENITORE _____

(*ai sensi degli art.46e47D.P.R.445/2000 e ss.mm.ii.*)

FIRMA GENITORE _____

(*ai sensi degli art.46e47D.P.R.445/2000 e ss.mm.ii.*)

SOTTOSCRIVERE NEL CASO DI GENITORE UNICO FIRMATARIO

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR n. 445/2000 e ss. mm. ii., dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta/dichiarazione 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 e che l'altro genitore è informato e concorda con la scelta/richiesta/dichiarazione resa.

Torre del Greco, ____ / ____ / ____

Il Genitore unico firmatario _____

DICHIARAZIONE in merito al trattamento dei dati personali [*D.Lgs196/2003;Reg.UE679/2016e ss. mm. ii.*]

Il sottoscritto, esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di legge.

Allegati: fotocopia/e documento/i d'identità