

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE "SPORTELLO di ASCOLTO" A.S. 2024/2025

MOD. 20

La sottoscritta

COGNOME e NOME			
DATA di NASCITA		LUOGO di NASCITA	
RESIDENTE a		INDIRIZZO	

Il sottoscritto

COGNOME e NOME			
DATA di NASCITA		LUOGO di NASCITA	
RESIDENTE a		INDIRIZZO	

Esercenti la responsabilità genitoriale e/o nella qualità di tutore/affidatario sull'alunna/o:

COGNOME e NOME ALUNNA/O	
-------------------------	--

Frequentante la Scuola: ☐ **Sec. di 1° G. Marconi** Classe _____ Sezione _____

In riferimento alla CIRCOLARE informativa sullo **SPORTELLO di ASCOLTO** A.S. 2024/2025

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

L'alunno ad accedere allo "SPORTELLO di ASCOLTO" condotto dalla Dott.ssa TIZIANA AGABITI

Data _____

Firma di autocertificazione di entrambi i genitori oppure del tutore/affidatario¹

Firma

Firma

¹ Nel caso di firma di un solo genitore lo stesso dichiara ai sensi del DPR 445/2000 di avere effettuato la scelta 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.