

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO 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