

AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti genitori

(padre).....

(madre)

esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale sull'alunno/a.....

della classesez.ne.....della Scuola Primaria/Secondaria

(Barrare solo ciò che interessa)

- ACCONSENTONO
- NON ACCONSENTONO

che nostro/a figlio/a possa **accedere da solo allo Spazio di ascolto e consulenza psicologica** per l'intero periodo di frequenza dell'Istituto e al trattamento dei dati sensibili di nostro/a figlio/a, necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Gela.....

Firma del padre

Firma della madre

In caso di firma di un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000,

dichiara

di aver effettuato scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317 ter e 317 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi di genitori.

Firma.....