

Modulo per consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico

I sottoscritti genitori * e/o affidatari

_____ nato/a a _____ il _____ e

_____ nato/a a _____ il _____

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

frequentante la sezione/classe _____ di Scuola dell'Infanzia/Primaria/S.S. 1°Grado (barrare la voce che non interessa) del plesso di _____,

presa visione dell'informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico, istituito presso codesto istituto

Autorizzano

ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e Regolamento UE 679/2016 il/la proprio/a figlio/a ad effettuare dei colloqui psicologici con la **dott.ssa FAVOLE Elena** presso lo sportello di ascolto attivato da codesto Istituto.

Data / /

firma del padre _____

firma della madre _____

indicare estremi documenti identità

In caso di dichiarazione presentata da un solo genitore compilare il seguente paragrafo:

Io sottoscritto _____ madre/padre/ dell'alunno _____ dichiaro di essere consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiaro di aver effettuato la scelta/riciesta 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. Sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che _____ madre/padre/convivente del predetto è a conoscenza e d'accordo circa l'autorizzazione suddetta.

Firma del genitore _____