Immagine che contiene testo, schermata, Carattere, Pagina Web

Descrizione generata automaticamente

AUTORIZZAZIONE ACCESSO A SPORTELLO ASCOLTO

# STUDENTI MINORENNI

Ai genitori degli alunni minorenni che non siano riusciti a compilare il modulo online di autorizzazione si richiede la compilazione del presente modulo, debitamente compilato e firmato, da consegnare allo psicologo d’istituto al primo appuntamento, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello d’Ascolto Psicologico.

I sottoscritti

,

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria sul/sulla minore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e frequentante la classe \_\_\_\_\_, presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d’Ascolto dello Sportello d’Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili,

PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO

il/la minore ad usufruire dei colloqui con il Dott.Gianmarco D’Amico, presso l’aula al 4° piano d’Istituto.

Luogo e Data , / /

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta 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.

Il genitore unico firmatario/tutore:

# oppure

Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale/tutoriale