



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
LAVELLO I



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad indirizzo Musicale

ALUNNI

Ai genitori degli alunni si richiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato 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/tutoriale 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 Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili, PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO il/la minore ad usufruire dei colloqui con la Dott.ssa Raffaella DI COSMO, il giorno _____ utilizzando il servizio telematico TEAMS in video conferenza.

A tal fine si comunica il proprio indirizzo mail: _____

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/tutori

