



Ministero dell'Istruzione e del Merito
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
LAVELLO I**

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



Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale Lavello I
85024 – LAVELLO (PZ)

ALUNNI

Ai genitori degli alunni si richiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, allo scopo di **NON AUTORIZZARE**, il/la proprio/a figlio/a

alla partecipazione alle attività di classe svolte con lo psicologo dell'Istituto durante l'orario scolastico
(in tale caso, durante l'intervento in classe, l'alunno/a sarà affidato/a ad altra classe)

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, **NON AUTORIZZANO** il/la minore ad usufruire delle attività previste con il Dott. Elvio RUSSO.

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

