**CONSENSO INFORMATO**

**PER L’ACCESSO DELL’ALUNNO ALLO “SPORTELLO ASCOLTO”**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

genitori/affidatari dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione che nell’anno scolastico 2024/2025 è stato attivato presso la propria scuola il servizio di consulenza psicologica denominato “**SPORTELLO ASCOLTO**”

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la Dott.ssa Berlich Luana, psicologo iscritto alla sezione A dell’Albo Professionale dell’Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana.

In fede.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



*(DA COMPILARE E FIRMARE SOLO IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE)*

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, **dichiara** di aver dato l’autorizzazione 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.

Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_