

Oggetto: AUTORIZZAZIONE PER IL SERVIZIO DELLO SPORTELLLO PSICOLOGICO DI ASCOLTO E CONSULENZA

Il sottoscritto, _____, nato a _____ il _____
e

la sottoscritta, _____, nata a _____ il _____

in qualità di genitori (o di tutori o di soggetti affidatari ai sensi della Legge n. 184 del 04/05/1983) dell'alunno/a _____ frequentante la classe ____ sez. ____ della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado dell'**I.C.3 Karol Wojtyla di Arzano (NA) plesso Salvemini/Volpicelli**

con la presente

autorizza

il proprio figlio ad accedere al servizio dello Sportello psicologico di ascolto e consulenza della scuola su appuntamento concordato con la psicologa dott.ssa L. Russo.

Arzano,

FIRMA

FIRMA

.....

.....

Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario: _____