

AUTORIZZAZIONE SPORTELLO PSICOLOGICO

Io sottoscritto _____

Io sottoscritta _____

genitori tutore/sogg. affidatario

dell'alunn__

frequentante la classe ____ sezione ____ della scuola _____

autorizziamo nostro figlio/a ad usufruire del servizio di ascolto psicologico condotto dalla Dott.ssa Paola Braccagni ed al trattamento dei dati ai sensi della legge 30/06/2003 n.196 e succ. integrazioni e modificazioni.

Li, _____

Firma _____ Firma _____

N.B: nel caso in cui fosse impossibile acquisire il consenso di entrambi i genitori

il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del dpr 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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.

In fede _____