

**SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E IL BENESSERE**

**SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
genitore/affidatario dell'alunno/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ della  
Scuola \_\_\_\_\_,

La sottoscritta \_\_\_\_\_,  
genitore/affidatario dell'alunno/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ della  
Scuola \_\_\_\_\_,

**AUTORIZZA**

per l'anno scolastico 2021/2022, il/la proprio/a figlio/a ad usufruire di:

- Incontri individuali e/o collettivi;
- Osservazioni in classe;
- Accertamenti individualizzati e/o collettivi

con la Dott.ssa Maria Luisa Poma Psicologa-Psicoterapeuta

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Laddove risulti impossibile acquisire il consenso scritto da parte di entrambi i genitori, il genitore richiedente dovrà firmare la sottostante dichiarazione sotto propria responsabilità:

\*Il sottoscritto, 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/richiesta 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

