

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 _____, plesso _____ dell'Istituto
Comprensivo Terzo di Milazzo

La sottoscritta _____,
genitore/affidatario dell'alunno/a _____,
nato/a a _____, il _____, frequentante la classe _____ della
Scuola _____, plesso _____ dell'Istituto
Comprensivo Terzo di Milazzo

AUTORIZZA

per l'anno scolastico 2022/2023, 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/riciesta 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 _____