

## MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER COLLOQUI ALLO

### Sportello di Counseling Scolastico

Esprimiamo/Esprimo il consenso per la partecipazione all'attività dello Sportello di Counseling Scolastico che si terrà presso l'Istituto d'Istruzione Superiore Cesare Battisti sotto la responsabilità della Prof.ssa Brunella Libutti.

Il sottoscritto

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AUTORIZZA-AUTORIZZANO

La responsabile dello Sportello di Counseling a colloquiare con il/la proprio/a figlio/a. Dichiarano di avere letto interamente le informative relative a questa attività gratuita offerta dalla scuola e di averne compreso il contenuto.

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori \_\_\_\_\_

Laddove non sia possibile formalizzare con la firma di entrambi i genitori, il consenso può essere reso anche da un solo genitore ai sensi della normativa vigente sulla responsabilità genitoriale.

Il sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per che rilasci dichiarazioni on corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta/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.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore richiedente