

**MODULO CONSENSO INFORMATO PROGETTO DI CONSULENZA PSICOLOGICA**

Il sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ la sottoscritta  
(madre) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ genitori del/la minore  
\_\_\_\_\_ codice fiscale  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

◆ La partecipazione del/la proprio/a figlio/a all' attività di sportello di ascolto presso la Scuola Secondaria di I grado "Dalla Chiesa".

Luogo e data, \_\_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori

In caso di unica firma: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia 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 art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA \_\_\_\_\_