



CONSENSO SPORTELLLO PSICOLOGICO
Scuola Secondaria di I grado

Alunno/a (Cognome e Nome): _____

Classe e sezione: _____

I sottoscritti esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a sopra indicato/a

1) _____

2) _____

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la sopraccitato/a alunno/a a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo "SPORTELLLO PSICOLOGICO" della Scuola Secondaria tenuto dall'esperto, dal momento in cui verrà attivato.

Settimo Milanese: _____

Firma dei genitori:

1. _____

2. _____

Firme congiunte dei genitori esercenti la patria potestà/tutori/affidatari.

In caso di firma di un solo genitore ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del d.P.R. n. 245/2000, e si 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.

Il presente consenso si ritiene valido per tutto il periodo di frequenza della Scuola Secondaria presso questo Istituto, salvo modifiche scritte da parte dei genitori/tutori dell'alunno/a.