

## CONSENSO ALLO “*SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO*”

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (padre) e  
\_\_\_\_\_ (madre) dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_\_

dichiara di aver ricevuto la comunicazione alla famiglia avente per oggetto il servizio “Sportello psicologico”.

Pertanto sulla base delle informazioni ricevute sul servizio e sulla sua finalità.

- **AUTORIZZO**
- **NON AUTORIZZO mio/a figlio/a ad usufruire del servizio** qualora, durante gli anni in cui resterà studente dell'istituto, desideri usufruirne.

Cologno Monzese, li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_ (padre)

\_\_\_\_\_ (madre)

### **Nel solo caso in cui la firma venga apposta da un solo genitore**

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 di entrambi i genitori.

Firma

\_\_\_\_\_