

Liberatoria per alunni per sportello di ascolto psicologico

Al Dirigente Scolastico
IC "G. Pascoli"
Tramonti (SA)

I sottoscritti.....e
genitori dell'alunno/a....., frequentante la classe/sezione..... della
Scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di 1° grado dell'IC "G. Pascoli"

AUTORIZZANO

Il proprio figlio/a ad usufruire delle prestazioni professionali del dott. psicologo Alessio Luciani, nell'ambito del progetto Sportello d'Ascolto, attivato dall'Istituto per l'anno scolastico 2023/24, con riferimento alle modalità di espletamento evidenziate nella circolare n. 4762 del 16 ottobre 2023.

Tramonti,

Firma dei genitori

.....
.....

N.B. IL PRESENTE MODELLO E' VALIDO SOLO CON LA FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

I sottoscritt_, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337-ter, 337-quater C.C., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega copia documento di riconoscimento del genitore che rende la dichiarazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

Il genitore unico firmatario

.....

(firma)