

Modulo per consenso informato dei genitori per consulenza psicologica.

Io sottoscritto (padre) _____

Nato a _____ il _____

C. F.: _____ residente in _____

Via _____ documento n° _____

E io sottoscritta (madre) _____

Nata a _____ il _____

C. F.: _____ residente in _____

Via _____ documento n° _____

Padre e madre del/la minore _____ nato/a a _____

Il _____ C. F.: _____

In virtù della potestà genitoriale ai sensi del D. Lgs. 196/2003 _____ Acconsentiamo _____ Non acconsentiamo

Che il/la minore _____ frequentante

- La Scuola dell'Infanzia
- Primaria
- Secondaria I grado

Classe _____ sez. _____ anno scolastico _____

Usufruisca dello spazio della consulenza psicologica

Luogo e data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

In caso di firma di un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000,

dichiara

di aver effettuato scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317 ter e 317 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Firma _____

Cellulare padre _____

Cellulare madre _____