# AUTORIZZAZIONE SPORTELLO DI ASCOLTO

*nell’ambito del progetto “TI ASCOLTO, TI COMPRENDO E TI SOSTENGO”*

*a.s. 2023/2024*

I sottoscritti genitori

(padre)…………………………………………………………………………………………………

(madre)………………………………………………………………………………………………

esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale

sull’alunno/a ….……………………………………………

della classe ………sez.ne della Scuola Secondaria di I grado

**ACCONSENTONO**

che nostro/a figlio/a possa **accedere da solo allo Sportello di ascolto e consulenza psicologica** per l’intero periodo di frequenza dell’Istituto e al trattamento dei dati sensibili di nostro/a figlio/a, necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell’informativa.

Roma………………………………

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 di genitori.

Firma……………………………………………………………………