Al Dirigente scolastico

I.C. Enzo Biagi

Roma

**AUTORIZZAZIONE COLLOQUI INDIVIDUALI**

**ORGANIZZATI DALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

(SOLO PER LA SCUOLA SECONDARIA)

I sottoscritti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

esercenti la responsabilità genitoriale sull'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a per l’a.s. 2023/24 alla classe\_\_\_\_\_\_\_ Sez\_\_\_\_\_ Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

* di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico, nell'ambito del Progetto **Sportello di ascolto psicologico come da Circolare n. 159/24**
* di aver preso visione della **Informativa** predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all’interno del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali

**AUTORIZZANO**

il/la minore sopra indicato al **colloquio individuale** con il Dr. Alessio Luciani, professionista psicologo nell’ambito del servizio “Sportello di ascolto Psicologico”.

**Barrare solo una risposta: SI NO**

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In caso di firma di un solo esercente la potestà genitoriale:**

“\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_, consapevole delle conseguenze civili e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta/comunicazione 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.”

Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_