

ALUNNI MINORENNI

Ai genitori degli alunni minorenni si richiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, contestualmente alla mail di richiesta di appuntamento, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico.

I **sottoscritti** _____
in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria sul/sulla minore _____
nato/a a _____ il _____ e frequentante la classe _____,
presa visione dell'informativa, di seguito allegata, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto e al trattamento dei dati personali sensibili, **decidono** con piena consapevolezza, di prestare il proprio consenso affinché il/la minore possa accedere alle attività professionali rese dalla dott.ssa COLOMBO CLAUDIA.

Luogo e Data _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale/tutoria

oppure

Il genitore unico firmatario/tutore: _____