|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Descrizione: LogoRepubblica** |  |
| **Regione Sicilia** | **MI** |  **Unione Europea**  |

MINISTERO ISTRUZIONE UNIVERSITA’ E RICERCA

Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “CARLO ALBERTO DALLA CHIESA”**

Via Balatelle, 18 - 95037 – San Giovanni La Punta (CT)

Tel. 095/7177802 Fax 095/7170287

e-mail ctic84800a@istruzione.it – ctic84800a@pec.istruzione.it – sito web www.icdallachiesa.edu.it

Codice Fiscale 90004490877 – Codice Meccanografico CTIC84800A

**MODULO AUTORIZZAZIONE AL COLLOQUIO PER GLI ALUNNI**

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

I sottoscritti………………………………………………………………………………………………………………………………………. genitori dell’alunno/alunna………………………………………………………………………………….……………………….., frequentante la classe……………..sez…… di codesto Istituto, presa visione della Circolare n. prot. riguardante l’attivazione dello Sportello di Ascolto Psicologico,

**PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO**

il/la minore ad usufruire del colloquio/colloqui con la Dott.ssa Claudia Scuto, che si svolgeranno in presenza il venerdì, in orario curricolare, dalle ore 9,00 alle ore 12,00.

Firma del padre

Firma della madre

S. G. La Punta,

**In caso di firma e richiesta da parte di uno solo dei due genitori il firmatario dichiara di essere consapevole**

delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000 e di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316, 337 ter, 337 quarter del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.