|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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](mailto:ctic84800a@istruzione.it) – [ctic84800a@pec.istruzione.it](mailto: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 in presenza.

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.