

## AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti genitori

(padre).....

(madre) .....

esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale sull'alunno/a.....

della classe .....sez.ne ..... della Scuola Primaria/Secondaria

(Barrare solo ciò che interessa)

- ACCONSENTONO  
 NON ACCONSENTONO

che nostro/a figlio/a possa **accedere allo Spazio 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.....