

Modulo per consenso informativo al colloquio psicologico

I sottoscritti _____ e _____ genitori e/o affidatari

dell'alunno _____ nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____ della Scuola **Infanzia di Via Ravenna**

Infanzia di via Etruria

Infanzia di via Poliziano

Primaria di Via Ravenna

Primaria di Via Etruria

Secondaria di Via Ravenna

Secondaria di Via Etruria

autorizzano il /la proprio/a figlio/a ad effettuare dei colloqui psicologici con la dott.ssa _____

presso lo sportello d'ascolto attivato nella sede del plesso di Via Ravenna / Via Etruria.

Firma dei genitori _____

Battipaglia, _____

=====

In caso di dichiarazione presentata da un solo genitore compilare il seguente paragrafo.

Io sottoscritto _____ madre/padre/dell'alunno _____

ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR 28/12/200, n. 445 sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci,

dichiaro

che _____ madre/padre del predetto è a conoscenza e d'accordo circa l'autorizzazione suddetta.

Battipaglia, _____

Firma del genitore

=====