



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO "PIO FEDI"
01026 GROTTA S. STEFANO (VT)

(Scuola dell'infanzia, Primaria e Secondaria di I grado)

Via Puglia, 25 – tel./ 0761/367026

C.F. 90056690564 – C.U. UF1V31 – Conto di tesoreria unica: 0318092

C.M. VTIC80800L – Codice IPA: istsc_vtic80800l

e mail: vtic80800l@istruzione.it - vtic80800l@pec.istruzione.it

www.piofedi.edu.it

CONSENSO ALLE ATTIVITÀ DELLO SPORTELLO D'ASCOLTO

I sottoscritti _____

Genitori/tutori/esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno _____

Padre: nato il _____ a _____

e residente a _____ in Via _____

Cellulare _____ e-mail _____

Madre: nata il _____ a _____

e residente a _____ in Via _____

cellulare _____ e-mail _____

AUTORIZZANO

Il/la figlio/a (indicare nome e cognome) _____ nato/a il

_____ a _____ e residente a _____ in via

_____ classe e ordine di scuola

_____ a partecipare alle attività dello Sportello di ascolto psicologico

nell'ambito del progetto "SiAMO in Ascolto".

Data _____

Firma di entrambi i genitori/ tutori/ esercenti della responsabilità genitoriale

Padre _____

Madre _____

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____