**CONSENSO INFORMATO**

**PER L’ACCESSO DEL MINORE ALLO “SPORTELLO ASCOLTO”**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

genitori/affidatari dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la scuola **I.C. Paolo Vasta** di Acireale classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presa visione che nell’anno scolastico 2023/2024 è stato attivato presso la propria scuola il servizio di consulenza psicologica denominato “SPORTELLO ASCOLTO”

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri con la Dott.ssa Giuseppa Amata, psicologa iscritta alla sezione A dell’Albo Professionale dell’Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana, con numero 10056-A.

In fede.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(DA COMPILARE E FIRMARE SOLO IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE)*

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, **dichiara** di aver dato l’autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli **artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile**, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_