



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 "G. LA FAVA" di Mascalucia, 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 Elisa Adamo**, psicologo iscritto alla sezione A dell'Albo Professionale dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana, con numero 9679. elisa.adamo.psy@gmail.com

In fede.

Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

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

__I__ 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 _____

ASSOCIAZIONE ERIS

Sede legale: via Salvatore Paola, 14/a - 95125 Catania | tel./fax: 095433940 | didattica.ct@erisformazione.it |

amministrazione.ct@erisformazione.it

Associazione riconosciuta, iscrizione n° 293979 C.C.I.A.A. di Catania | CF: 97180200822 | info@pec.erisformazione.it |

www.erisformazione.it

