



ISTITUTO COMPRENSIVO "OTTONE ROSAI"

Via dell'Arcovata, 4 – 50127 FIRENZE – Distretto n. 13

Tel. 055368903 Fax 055362415

C.F. 94202790484 - Cod. Mecc. FIIC85600R

e-mail: fiic85600r@istruzione.it

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER LE ATTIVITA' DI SUPPORTO PSICOLOGICO
A MINORENNI TRAMITE SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

I sottoscritti genitori del/la minore _____

Nato / a _____ il _____

Frequentante la classe _____ sezione _____ dell'Istituto Comprensivo Rosai,

Plesso: Marconi ☐, Rodari ☐, Rosai ☐

DICHIARANO

Di aver preso conoscenza del Progetto " Centro di Ascolto " gestito dal Dott. Alessio Francalanci, (presente all'interno del Piano dell'Offerta Formativa dell'Istituto) e della finalità che questa funzione intende perseguire ai fini del benessere e del successo formativo degli studenti.

AUTORIZZANO

Il /la proprio/a figlio/a ad usufruire, **qualora ne sentisse la necessità**, di questo servizio.

☐

SI

☐

NO

DATA _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Firma genitore1

Firma genitore 2

Firma tutore

- Si richiede la firma di entrambi i genitori. In caso di separazione e di affidamento condiviso, vale la medesima indicazione, a meno che sia stato stabilito diversamente dal giudice.
- Qualora sia decaduta la responsabilità genitoriale di uno o di entrambi i genitori, firmerà il genitore che la esercita oppure il tutore legale