

|  |  |
| --- | --- |
|  | M.I.U.R. – U.S.R. per il Lazio**Istituto Comprensivo Statale *GINO FELCI* -** RMIC8F700A Via Accademia Italiana della Cucina n.1 – 00049 Velletri (Roma)Centralino: 06/9615.1373 e 06/9642.144 – Fax: 06/9615.5042**@**: RMIC8F700A@istruzione.it; RMIC8F700A@pec.istruzione.it; : [www.ginofelci.edu.it](http://www.ginofelci.edu.it/)Codice fiscale: 95036920585 – Codice IPA: istsc\_rmic8f700a – Codice unico per fatturazione: UF8RRD |
|  | *FonDI sTRutTURALi euROPEI 2014-2020* |  |

 **Ai Sig.ri Genitori**

**LIBERATORIA SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO**

resa alla Responsabile dello Sportello d’Ascolto Psicologico tramite Istituto Comprensivo Statale Gino Felci di Velletri (RM)

I sottoscritti Sig.ri (*padre)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e *(madre)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola Secondaria di I grado.

**AUTORIZZANO**

La responsabile dello sportello d’ascolto psicologico a colloquiare con il/la proprio/a figlio/a.

Dichiarano di avere letto interamente la presente dichiarazione, autorizzazione ed accordo prima di aver posto la firma e di averne compreso interamente il contenuto.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma di entrambi i genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Laddove non sia possibile formalizzare con la firma di entrambi i genitori, il consenso può essere reso anche da un solo genitore ai sensi della normativa vigente.

“Il sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e panali per che rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta/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”.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del genitore richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_