



M.I.U.R. – U.S.R. per il Lazio



**Istituto Comprensivo Statale *GINO FELCI* -
RMIC8F700A**

Via Accademia della Cucina Italiana 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



FONDI STRUTTURALI EUROPEI 2014-2020



Ai Sign.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 sulla potestà genitoriale.

“Il sottoscritto/a, _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per che rilasci dichiarazioni on 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
