



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE
DI VIA DELL'IMMACOLATA, 47

Distretto n°29 - RMIS10100R

Tel. 06121124295

sito web: www.iisguglielmotti.edu.it - email: rmis10100r@istruzione.it

rmis10100r@pec.istruzione.it

Modulo per consenso e accesso servizio di sportello d'ascolto psicologico.

(ATTIVITA' PREVENZIONE CENTRO INFORMAZIONE E CONSULENZA)

I sottoscritti.....

genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a.....

frequentante la classe sez.del

- Liceo Classico
- Liceo delle Scienze Umane
- Liceo delle Scienze Umane - opzione Economico Sociale
- Liceo Artistico

autorizzano il/la proprio/a figlio/a a partecipare, nel corso del corrente anno scolastico al servizio di sportello d'ascolto psicologico.

Civitavecchia ___/___/___

Firma dei genitori/tutori/affidatari _____

Nel caso di un solo genitore firmatario

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario: _____

Civitavecchia, ___/___/___ Firma _____