

**Ministero dell'istruzione e del merito****Istituto Comprensivo Statale "Pietro Vanni"**

Via Carlo Cattaneo 9 – 01100 Viterbo -I
CM VTIC83200D – CF 80019430562 – Cod. Univoco UF5G8P
Mail vtic83200d@istruzione.it; PEC vtic83200d@pec.istruzione.it;
Sito Web: <https://www.icvanniviterbo.edu.it/>

CONSENSO ALLE ATTIVITA' DELLO SPORTELLO D'ASCOLTO

I sottoscritti

Genitori/tutori/esercanti la responsabilità genitoriale dell'alunno _____

Padre: nato il _____ a _____

e residente a _____ in Via _____

Cellulare _____ e-mail _____

Madre: nata il _____ a _____

e residente a _____ in Via _____

cellulare _____ e-mail _____

AUTORIZZANO

Il/la figlia/o (indicare nome e cognome) _____ nato/a il _____
a _____ e residente a _____ in via _____
_____ classe e indirizzo di scuola _____ a parte-
cipare alle attività dello Sportello psicologico nell'ambito del progetto SIAMO in ascolto.

Data _____

Firma di entrambi i genitori/ tutori/ esercenti della responsabilità genitoriale

Padre _____

Madre _____

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Firma _____

