

Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori/esercenti della potestà genitoriale dell' alunno/a

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante

la classe \_\_\_\_\_ del Liceo Scientifico e Linguistico “Innocenzo XII”

AU T O R I Z Z A

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire dello Sportello d’Ascolto Psicologico con la Psicologa -  
Psicoterapeuta, Dott.ssa Grande Antonella.

Anzio, li \_\_\_\_\_

Firma dei genitori /esercente la potestà genitoriale per i minorenni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I\_ sottoscritt\_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall’art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che \_1\_ padre/madre é a conoscenza ed acconsente alla presente .

Firma \_\_\_\_\_

( da inviare debitamente compilato e firmato all’indirizzo mail : [grandeantonella@gmail.com](mailto:grandeantonella@gmail.com) )