

Modulo di autorizzazione

Oggetto: Partecipazione alle attività proposte dal progetto "Sportello di ascolto" nelle classi, condotte dalla dott.ssa Annalisa Silipo, iscritta all'Albo dell'Ordine degli Psicologi Calabria.

Io sottoscritto _____ Documento _____
n° _____ rilasciato da _____ il _____

Padre del/la minore _____ Classe _____ Sez. _____

Io sottoscritta _____ Documento _____
n° _____ rilasciato da _____ il _____

madre del/la minore _____ Classe _____ Sez. _____

Esprimiamo il nostro consenso perché nostro/a figlio/a partecipi alle attività svolte in classe dalla psicologa Dott. ssa Annalisa Silipo.

Data _____

Firma (Padre) _____

Firma (Madre) _____

Da compilare nella eventualità la presente richiesta sia sottoscritta da uno solo dei genitori:

Il/la sottoscritt__ padre/madre, consapevole della responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci, così come previsto dell'articolo 76 del DPR n. 445/2000, dichiara che il padre/la madre è a conoscenza ed acconsente alla suddetta autorizzazione (in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale art. 316, 337ter e 337quater del codice civile).

Data _____

Firma _____

La presente autorizzazione ha validità sino al termine del progetto, salvo diversa disposizione dei genitori, da comunicare.