

**Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico a.s. 2022/2023**  
(ai sensi dell'art. 24 e dell'art. 31 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani)

Il sig. .... e la sig.ra .....

genitori/affidatari/tutore dell'alunno/a .....nato/a a .....

il..... frequentante la classe ..... sezione ..... dell'Istituto IPSEOA - SOVERATO,

presa visione dell'informativa relativa all'attivazione dello Sportello d'Ascolto Psicologico

**AUTORIZZANO**

la partecipazione del minore alle attività di supporto psicologico rese dalla dott.ssa Gualtieri Stefania presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo .....

Data .....

In fede

I genitori:

.....

.....

(Il modulo deve essere firmato da entrambi i genitori)

**N.B. In caso di firma di un solo genitore**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del Dpr 245 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter, 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Consenso informato per l'accesso allo Sportello di Ascolto Psicologico a.s. 2022/2023**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a il .....

residente in .....

alla via ..... n° .....

telefono .....

codice fiscale .....

dichiara di aver compreso quanto illustrato nella nota informativa e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Stefania Gualtieri presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

