

**AUTORIZZAZIONE PERMANENTE ALL'EVENTUALE ACCESSO  
ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO**

I/Il/la sottoscritti/o/a

\_\_\_\_\_

genitori/padre/madre/tutore dell'alunna/o

\_\_\_\_\_

iscritta/o al corso \_\_\_\_\_ (sigla) del CFP SCAR Cooperativa S. Giuseppe

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

il figlio a richiedere, qualora lo ritenesse utile, la consulenza psicologica offerta dalla psicologa presso lo Sportello d'Ascolto attivo nella scuola (lg. 285/97).

**Tale autorizzazione sarà ritenuta valida per tutto il percorso scolastico (3 o 4 ANNI).**

Firma di **entrambi** i genitori

(padre) \_\_\_\_\_ \*

(madre) \_\_\_\_\_ \*

*o, in alternativa, di chi ne fa le veci:*

(tutore) \_\_\_\_\_

Roé Volciano, 17 settembre 2021

**\*FIRMA OBBLIGATORIA**

(Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori)