

AUTORIZZAZIONE STUDENTI MINORENNI

I sottoscritti e, genitori/
tutori dell'alunno/a classe sez., con la presente

☐ **AUTORIZZANO** ☐ **NON AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a ad accedere al servizio dello sportello d'ascolto psicologico di cui alla
Circolare del Dirigente Scolastico n. 68 del 30/10/2026.

FIRMA

FIRMA

IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ DI FIRMA DA PARTE DI UN GENITORE

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 245/2000, e si dichiara di aver espresso l'autorizzazione 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.

FIRMA DEL GENITORE