

## 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. 115 del 23/01/2026.

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 .....