



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

Liceo Scientifico Statale "G. KEPLERO"

Cod. Mecc. RMPS19000T - C.F. 80230950588 - c/c postale N° 47009006 - distr. 23° - sede centrale: Via Silvestro Gherardi, 87/89 - 00146 Roma
Via Avicenna, snc 00146 Roma Tel.06/06121123925- Succursale: Via delle Vigne, 156 - 00148 Roma- Tel. 06121126685
Sito web: www.liceokepleroroma.edu.it E-mail: rmps19000t@istruzione.it - succursale@liceokepleroroma.edu.it

CONSENSO INFORMATO INCONTRI CON PSICOLOGI SUI CAMBIAMENTI IN ADOLESCENZA

I sottoscritti _____ e _____

genitori/tutori dell'alunno/a _____ autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad accedere al servizio promosso da un'equipe dell'**Aps Senso Comune** e del **Servizio Psicologi in Ascolto**, formata da psicologhe-psicoterapeute, destinate alla classe 1A e ai loro genitori, a titolo gratuito ed in orario scolastico per gli alunni.

Il percorso affronterà le seguenti tematiche: il corpo che cambia; come abito il mio corpo; io e gli altri.

Di seguito le date e gli orari previsti per gli incontri in classe:

| Giorno | Orario |
|--------|-------------|
| 20-feb | 8:15-10:15 |
| 06-mar | 11:15-13:15 |
| 13-mar | 9:15-11:15 |

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

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 DPR 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la 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

.....