**AUTORIZZAZIONE SPORTELLO D’ASCOLTO**

I sottoscritti ........................................................... e............................................................................. genitori dell’ ;alunno/a…........................................................................... autorizzano il proprio figlio/a classe…………..SEZ………….ad accedere al servizio dello sportello d’ascolto per l’ a.s.2023-24.

L’autorizzazione potrà essere revocata in qualsiasi momento previa email alla segreteria.

AUTORIZZO □ □ NON AUTORIZZO

**Si specifica che l’autorizzazione non obbliga gli studenti ad accedere allo sportello in quanto questa**

**rimane sempre e comunque una loro libera scelta.**

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