

PROGETTO “SOS ADOLESCENTI: UNA SCUOLA IN ASCOLTO”**A.S. 2024-2025: dichiarazione consenso informato**Valido per tutto il corso di studio per **alunni minorenni**

Da restituire alla Dott.ssa Rigliaco Tatiana al primo colloquio concordato, compilato in tutte le sue parti e firmato da entrambi i genitori o da chi esercita la responsabilità genitoriale o da fornire all'insegnante di classe **che poi provvederà comunque a farlo pervenire alla Dott.ssa Rigliaco.**

Io sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
identificato mediante (*) documento n° _____
rilasciato da _____ il _____

e io sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
identificato mediante (*) documento n° _____
rilasciato da _____ il _____

esercanti la responsabilità genitoriale per l'alunno/a _____
frequentante la classe _____ della Scuola Secondaria _____,
diamo il nostro consenso – anche in relazione al trattamento dei suoi dati personali,
ivi compresi quelli relativi alla salute – affinché nostro figlio/a possa accedere allo
Spazio di Ascolto, condotto dalla Dott.ssa Rigliaco Tatiana, relativo alle finalità dello
sportello “SOS adolescenti: una scuola in ascolto” dell'I.I.S. Bassi- Burgatti, Cento.
Cento _____

Firme degli esercenti la responsabilità genitoriale

Padre _____ Madre _____

In caso di firma di un solo genitore è necessario compilare la dichiarazione che segue
“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci
dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver
effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di
cui agli artt. 316, 337 ter e del 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di
entrambi i genitori”

Data..... Firma di un solo genitore.....

(*)N.B. Si prega allegare copia dei documenti di riconoscimento