

***AUTORIZZAZIONE ATTIVITA’ IN GRUPPO-CLASSE***

***PER L’ALUNNO/*………………………………………………..CLASSE……………**

**CONSENSO INFORMATO**

**Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, consegnandolo al docente coordinatore di classe allegando copia/e documenti di identità**

**Alla cortese attenzione del Dirigente Scolastico**

|  |
| --- |
| Il Sig./la Sig.ra …………………………………………………………………………………………………………………………………identificato/a mediante documento …………………………………………n° ……………………………………………… madre/genitore1/tutore del/della minorenne…………………………………………………………………………….Classe……………………………………………………………….Nata/o a ........................................………………………..……………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_e residente a …………………..…………....................................................................................................in via/piazza ………...………………………….......................................................... n.….…….............dichiara di aver preso visione del Consenso Informato pubblicato sul sito della scuola e chiede con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali ed accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa ………………….presso lo Sportello di ascolto. Dichiara, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell’Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016.Luogo e data Firma madre / genitore 1 / tutore padre/ genitore 2 / tutoreIl/la sottoscritt\_\_\_, data l’impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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 genitoriLuogo e data Firma genitore |