

MODULO PER CONSENSO INFORMATO AL COLLOQUIO PSICOLOGICO

I sottoscritti genitori * e/o affidatari _____ e
_____ dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____ frequentante la classe sezione ____ del
 Liceo Scientifico Liceo Artistico IPSSEOA ITTL

AUTORIZZANO

ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e Regolamento UE 679/2016 il/la proprio/a figlio/a ad effettuare dei colloqui psicologici con il dott. Giuseppe Casciano presso lo sportello d'ascolto attivato dall'IIS Giovanni Paolo II di Maratea.

Data / / .

firma del padre _____

firma della madre _____

In caso di dichiarazione presentata da un solo genitore compilare il seguente paragrafo:

Io sottoscritt_ _____ madre/padre/
dell'alunn_ _____ ai sensi e per gli effetti dell'art.47
del DPR 28/12/2000, n.445, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate
dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARO CHE

_____ madre/padre/convivente del predetto è a
conoscenza e d'accordo circa l'autorizzazione suddetta.

Firma del genitore _____