



CONSENSO INFORMATO PER ALLIEVI MINORENNI

Il/la sottoscritto/a .....

C.F. ....

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale/tutoria sul/sulla minore (specificare Nome cognome dell’allievo)

.....

nato/a a ..... il .....

C.F: ..... e frequentante la classe .....

presa visione delle informative, pubblicate sul sito della Scuola e sulle Circolari rivolte allo Sportello di Ascolto, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d’Ascolto e al trattamento dei dati personali, anche di natura particolare,

PRESTA IL CONSENSO e AUTORIZZA

il/la minore ad usufruire dei colloqui con la Dott.ssa Regano e/o la Prof.ssa Fabiani utilizzando la mail istituzionale per la prenotazione.

Luogo e Data: Torino, \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a ..... consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Firma leggibile

\_\_\_\_\_