

Modello Autorizzazione Incontro Medicina Scolastica

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Omnicomprensivo Strongoli

Alla Medicina Scolastica
A.S.P. Cirò Marina

Modulo per consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico

I sottoscritti genitori * e/o affidatari

(madre) _____ nata a _____ il _____

e (padre) _____ nato a _____ il _____

dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____

frequentante la sezione/classe _____

Scuola dell'Infanzia, Primaria, S.S. 1°Grado Liceo Scientifico, ITEN

del plesso di Centro, Pianette, Marina

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 l'equipe di medicina scolastica presso lo sportello d'ascolto attivato dall' Istituto Omnicomprensivo di Strongoli.

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
