

MODULO PER LA PRESTAZIONE PROFESSIONALE PSICOLOGICA

RIVOLTA A STUDENTI MINORENNI

Servizio psicologia scolastica anno 2025-2026

I sottoscritti _____, in qualità di
esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria sul/sulla
minore _____, nato/a
a _____ il _____ e frequentante l'ISTITUTO

COMPENSIVO ANIELLO CRISCUOLO

classe _____ sez. _____ indirizzo _____
sede _____

presa visione dell'informativa di seguito riportata, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello sportello d'ascolto psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili,

PRESTANO IL CONSENSO E AUTORIZZANO

il/la minore ad usufruire dei colloqui con la dott.ssa Annalisa Manduano,

☐ in presenza, in orario didattico presso l'Istituto

Luogo e data _____/_____/_____

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.

Firma leggibile di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria

oppure

Il genitore unico firmatario/tutore _____

Il presente modulo dovrà essere corredato da copia di documento di identità di entrambi i genitori in corso di validità.