

Modulo per Minorenni

Ai genitori degli alunni minorenni si richiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, contestualmente alla mail di richiesta di appuntamento, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico.

I sottoscritti _____,
in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria sul/sulla minore

nato/a a _____ il _____
e frequentante la classe _____, presa visione delle informative di seguito allegate 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 Domenica Caruso, utilizzando il servizio telematico Meet in video conferenza, pertanto indicano il seguente numero di cellulare _____ ed il seguente indirizzo mail istituzionale (l'account GSuite dei propri figli)

_____ [@scuolacoppola.edu.it](mailto:_____@scuolacoppola.edu.it)

per ricevere il link dell'incontro prenotato.

Luogo e Data _____, ____/____/_____

Il sottoscritto, 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/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 e c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario/tutore: _____

oppure

Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale/tutoriale
