

**MODULO DI CONSENSO PER ACCESSO A “SPORTELLO D’ASCOLTO”  
DEL LICEO LINGUISTICO “ILARIA ALPI”**

Io sottoscritto (nome del padre).....

Io sottoscritta (nome della madre).....

Genitori di (nome studente).....

Classe e sezione .....

dichiarano di aver compreso quanto illustrato nel PTOF a proposito dell’attività di counseling-Progetto sportello d’ascolto, da parte dello psicologo reclutato dal Liceo Linguistico “Ilaria Alpi” mediante le procedure di selezione e contrattualizzazione previste dalla legge.

**ACCONSENTIAMO**

**NON ACCONSENTIAMO**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

“I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.