



LICEO ARTISTICO STATALE "ENZO ROSSI"

VIA DEL FRANTOIO, 4 - 00159 ROMA - TEL. 06/121123145 - 06/4074319
DISTRETTO 13 - COD. MIN. RMSD06000G - RMSD06001L (SEDE CARCERARIA REBIBBIA)
RMSD060501 (PERCORSO II° LIVELLO) C. F. 80203770583
www.liceoartisticoenzorossi.it - e mail: rmsd06000g@istruzione.it
SEDE STACCATA "Henri Matisse" Cave (RM) - SEDE STACCATA "C. C. F. Rebibbia"

Modulo per il consenso l'accesso al servizio di sportello d'ascolto psicologico.

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente in _____ via _____

nella qualità di

- genitore/tutore
 affidatario

del minore _____,

frequentante la classe _____

in virtù della potestà genitoriale, diamo il consenso a che nostro/a figlio/a possa accedere, **qualora ne faccia richiesta**, al servizio di sportello d'ascolto psicologico attivato presso il nostro istituto.

Data, _____

Firma del genitore

I_ sottoscritt_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA che l'altro genitore è a conoscenza ed acconsente alla presente richiesta.

Firma del genitore



Unione Europea

