



ISTITUTO COMPRESIVO "Guido GOZZANO"

Via Le Maire 24 – 10086 RIVAROLO CANAVESE
C.F. 92517730013 e-mail TOIC8AC00D@istruzione.it
Sede di Via Le Maire Tel. 0124/424706



Dichiarazione di consenso informato per prestazioni professionali psicologo di istituto

Io sottoscritto, nato
a..... il, identificato
mediante documento n.
rilasciato da (**padre del minore**)
ed io sottoscritta, nata
a..... il, identificata
mediante documento n.
rilasciato da (**madre del minore**)

ESPRIMIAMO

il nostro consenso a che nostro/a figlio/a
usufruisca delle prestazioni professionali della psicologa di Istituto Dott.ssa
GREMO Francesca all'interno dell'istituto.

Data.....

.....
Firma dei genitori

**(in caso di un solo genitore firmatario)*

Il sottoscritto dichiara inoltre di avere effettuato la scelta 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.

.....