



# ISTITUTO COMPRESIVO "Guido GOZZANO"

Via Le Maire 24 – 10086 RIVAROLO CANAVESE  
C.F. 92517730013 e-mail [TOIC8AC00D@istruzione.it](mailto: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  
FIGLIULO Giulia 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.

.....