



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**ISTITUTO COMPRENSIVO "PIO FEDI"**  
**01026 GROTTA S. STEFANO (VT)**

(Scuola dell'infanzia, Primaria e Secondaria di I grado)

Via Puglia, 25 – tel./ 0761/367026

C.F. 90056690564 – C.U. UF1V31 – Conto di tesoreria unica: 0318092

C.M. VTIC80800L – Codice IPA: istsc\_vtic80800l

e mail: [vtic80800l@istruzione.it](mailto:vtic80800l@istruzione.it) - [vtic80800l@pec.istruzione.it](mailto:vtic80800l@pec.istruzione.it)

[www.piofedi.edu.it](http://www.piofedi.edu.it)

**CONSENSO ALLE ATTIVITÀ DELLO SPORTELLO D'ASCOLTO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori/tutori/esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno \_\_\_\_\_

Padre: nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Madre: nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

Il/la figlio/a (indicare nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ classe e ordine di scuola  
\_\_\_\_\_ a partecipare alle attività dello Sportello di ascolto psicologico  
nell'ambito del progetto "SiAMO in Ascolto".

Data \_\_\_\_\_

**Firma di entrambi i genitori/ tutori/ esercenti della responsabilità genitoriale**

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma \_\_\_\_\_