

## MODULO DI CONSENSO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

padre di \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

la sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

madre di \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

in virtù della responsabilità genitoriale **diamo il consenso/non diamo il consenso a nostro figlio di accedere liberamente al Servizio di Sportello d'Ascolto gratuito sui Disturbi Specifici dell'Apprendimento** gestito dalla Dott.ssa Di Donna Mariangela Psicologa clinica specializzata nella diagnosi e nel trattamento dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

Data \_\_\_\_\_ \*Firma del padre \_\_\_\_\_

\*Firma della madre \_\_\_\_\_

**\*Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, l'autorizzazione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori.**

**Qualora l'autorizzazione sia firmata da un solo genitore, si intende che la stessa sia stata condivisa.**