

**AUTORIZZAZIONE Partecipazione alle Azioni/attività proposte dal progetto SPORTELLO  
PSICOLOGICO "TI ASCOLTO" – SCUOLA SECONDARIA**

Esprimiamo il nostro consenso e richiediamo che nostro/a figlio/a  
..... classe ..... scuola secondaria, usufruisca  
del servizio "Sportello d'ascolto" nel corso dell'anno scolastico 2020- 2021.

Io sottoscritto..... identificato mediante documento:  
..... n° ..... rilasciato da  
..... il..... padre del/la minore.

Io sottoscritta..... identificata mediante documento:  
..... n° ..... rilasciato  
da..... il..... madre del/la minore.

Data .....

Firma

Firma (Padre) ..... (Madre).....

Nella eventualità la presente richiesta sia sottoscritta solo da uno dei genitori:

\_i\_ sottoscritt\_ padre/madre, 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\_ padre/madre è a conoscenza ed  
acconsente alla suddetta autorizzazione.

Data \_\_\_\_\_ Il padre/la madre