

VIA CASTELLO 7 – 10070 FIANO (TO) – 011 9254261

C.F.: 92028690011 – C.M.: TOIC828007 – Codice IPA: istsc_toic828007 – Codice Univoco per la F.E.: UFB73E

TOIC828007@istruzione.it – TOIC828007@pec.istruzione.it – www.icfiano.edu.it

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____

frequentante la sez. _____ anno scolastico _____ / _____

del plesso di: ☐ Vallo - ☐ Varisella - ☐ La Cassa - ☐ Robassomero - ☐ Fiano

CONCEDONO

la propria autorizzazione ad una eventuale osservazione in classe da parte del/della psicologo/a di istituto o altro specialista

SI ☐

NO ☐

AUTORIZZANO

l'eventuale osservazione in classe da parte del/della psicologo/a di istituto o altro specialista per il miglioramento delle relazioni, senza rilevazioni personali

SI ☐

NO ☐

Data e luogo _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI*

*Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale - consapevole delle conseguenze amministrative e penali, per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità a i sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.