

Alla dott.ssa Congiu

mariapaolacongiu@gmail.com

MODULO DI RICHIESTA COLLOQUIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA PER GLI STUDENTI

Il sottoscritto (nome e cognome), nato a, il....., residente in.....

via..... in qualità di Padre/Tutore legale/Affidatario E

La sottoscritta (nome e cognome)....., nata a, il....., residente in.....

via..... in qualità di Madre/Tutore legale/Affidataria

dell'alunno/a (nome e cognome)....., nato/a a, il.....residente in..... viaiscritto/a per l'a.s.2020/2021 alla classe.....sez.....del Liceo statale "G. M. Dettori" di Tempio P.,

chiedono

di poter fruire di Sua prestazione professionale di sostegno psicologico e orientamento a favore del/della proprio figlio/a sopra nominato/a. Al fine di concordare con la S.V. tempi e modalità di incontro i sottoscritti comunicano i seguenti propri dati:

Padre/Tutore legale/Affidatario

recapito telefonico Indirizzo e-mail

Madre/Tutore legale/Affidataria

recapito telefonico Indirizzo e-mail

Si allega alla presente: Copia dei Documenti di identità in corso di validità dei richiedenti

Luogo e data Firma della Madre/Tutore legale/Affidataria (*).....

Firma del Padre/Tutore legale/Affidatario (*)

(*) Nel caso di un unico sottoscrittore del presente documento, lo stesso, consapevole delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo 28/12/2013 n. 154 che ha apportato modifiche al Codice Civile in tema di filiazione (in particolare

Art. 316 co 1 , Art. 337 -ter co 3 , Art. 337-quater co 3), DICHIARA ai sensi del D.P.R. 445/2000 di avere condiviso e concordato con il proprio coniuge la volontà di sottoscrivere il presente documento unitamente alle dichiarazioni nel medesimo contenute nell'osservanza delle norme del Codice Civile sopra richiamate in materia di responsabilità genitoriale.

NOTA BENE: lo scrivente dovrà necessariamente compilare in ogni sua parte il **MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO** allegato 2