



Istituto di Istruzione Superiore Alberti – Dante Firenze

**LIBERATORIA PER I MINORENNI
SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGO**

Modulo
STU1 - Rev.1
del 6/10/2023

AUTORIZZAZIONE DEI MINORI ALL'ACCESSO ALLO SPORTELLO – a.s. 2024/2025

I sottoscritti _____

genitori/tutore dell'alunno/a _____

della classe _____ sezione _____ Liceo _____

indirizzo _ artistico classico musicale

AUTORIZZANO*

il/la proprio/a figlio/a a recarsi autonomamente presso lo Sportello di Ascolto Psicologico della scuola, durante l'orario scolastico.

I sottoscritti firmando dichiarano di aver preso visione del "Consenso informato sportello psicologo/Trattamento dati" presente nella sezione Trattamento dei dati personali accessibile dal Menu/Amministrazione Digitale del sito web dell'Istituto.

Firma del padre

Firma della madre

Firma del tutore

* Si richiede la firma di entrambi i genitori. In caso di separazione e di affidamento condiviso/esclusivo, vale la medesima indicazione, a meno che sia stato stabilito diversamente dal giudice. Qualora sia decaduta la responsabilità genitoriale di uno o di entrambi i genitori, firmerà il genitore che la esercita ovvero il tutore legale.