



ISTITUTO TECNICO ECONOMICO STATALE "ROBERTO VALTURIO"

via Grazia Deledda n° 4 47923 Rimini – RN -

cod. Ist. RNTD01000T c.f. 82009090406

☎ 0541380099 – 0541380074 fax 0541383696 – www.valturio.it - ✉ rntd01000t@istruzione.it

AUTORIZZAZIONE (da consegnare alla dott.ssa Belli Vera al momento del colloquio)

I sottoscritti _____

e _____

genitori/tutori/affidatari dell'alunno/a _____ della classe _____

in riferimento alla Circolare n.82 del 07/10/2026 relativa all'avvio del servizio di "Sportello di ascolto psicologico" :

☐ **autorizzano lo/la studente/ssa ad usufruire del servizio**

Rimini, _____

FIRMA _____ FIRMA _____

IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE COMPILARE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a genitore _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono "il consenso di entrambi i genitori". In alternativa specificare nello spazio sottostante se l'altro genitore non ha patria potestà o è deceduto:

FIRMA DEL GENITORE _____