**Oggetto: AUTORIZZAZIONE A.S. 2023/24**

**PER INTERVENTO PSICOLOGA SUL GRUPPO CLASSE 1D**

**PER LO STUDENTE MINORENNE**:

(nome e cognome) ………………………………………………………….

I sottoscritti (madre) ………………………………………………………….

(padre) …………………………………………………………………………………….

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale sul minore regolarmente iscritto presso l’Istituto Graziella FUMAGALLI

* autorizzano;
* non autorizzano

la presenza in classe dello psicologo di istituto, dott.ssa Albertini, per svolgere interventi educativi sulla classe il giorno 15/04/24 dalle ore 08:50 alle ore 10:45.

**Si richiede, considerata la minore età dei destinatari del progetto, l’autorizzazione di entrambi i genitori. È necessaria la firma di entrambi i genitori, anche se separati o in caso di affido esclusivo, se esercenti la responsabilità genitoriale. Si ammette la firma di un solo genitore solo in caso di decesso/detenzione che va specificata nel presente modulo**\*.

In caso di grave irreperibilità di uno dei genitori ma comunque esercente la responsabilità genitoriale, per l’eventuale accesso ai servizi per cui è resa necessaria la liberatoria il genitore potrà consultare il Servizio Sociale di competenza.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alunno** | **Classe 1D** |  |
| **Firma Madre:** | **Firma Padre:** | **Firma alunno maggiorenne** |

\***specificare firma di un solo genitore per decesso/detenzione** (non valido per irreperibilità o altre condizioni per cui rimanda alla procedura di cui sopra)

Data e luogo