

MODULO CONSENSO INFORMATO

Al Dirigente Scolastico
I.C. Leonardo da Vinci
Via Tevere,93 Mestre

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____
il _____ residente a _____, in via _____
La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____
il _____ residente a _____, in via _____
in qualità di genitori/affidatari/tutori, dell'alunno/a _____
frequentante la scuola _____ classe _____ sezione _____

preso atto della richiesta di osservazione di un alunno/alunna della classe da parte della psicologa
dott.ssa _____ il _____
dalle ore _____ alle ore _____

☐ Acconsentiamo

☐ Non Acconsentiamo

all'attività di osservazione condotta in classe su tale alunno/a e finalizzata all'osservazione delle
dinamiche relazionali tra l'alunno, i compagni, i docenti.

Data _____

Firma dei due genitori
(o di altri esercenti la responsabilità genitoriale)

**Nel caso di firma di un solo genitore, ai sensi del DPR 445/2000, il sottoscritto dichiara di
effettuare la presente sottoscrizione in ottemperanza agli articoli artt. 316, 337 ter e 337
quater del CC che richiedono il consenso e l'accettazione dell'altro genitore.**

Venezia-Mestre _____

Firma dell'unico genitore firmatario
