

**MODULO DI CONSENSO  
PER LA PARTECIPAZIONE ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO**

Al Dirigente dell'I.I.S. Archimede di S.G.Persiceto  
All'Operatrice dello Sportello di Ascolto

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ genitore del minore \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in virtù della potestà genitoriale, acconsento che mio/a figlio/a fruisca dello Sportello di Ascolto  
secondo le modalità previste dalla comunicazione n. 44 del 7/10/2019.

Firma del genitore

Data \_\_\_\_\_

Inoltre, il sottoscritto genitore dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità e sanzioni in caso di dichiarazioni mendaci, che anche il secondo genitore condivide il presente consenso.

Firma del genitore

Data \_\_\_\_\_