



Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera

**“Francesco Petrarca”**

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: [scrivici@liceopetrarcats.it](mailto:scrivici@liceopetrarcats.it) pec: [tspc02000n@pec.istruzione.it](mailto:tspc02000n@pec.istruzione.it)

sito web: [www.liceopetrarcats.edu.it](http://www.liceopetrarcats.edu.it)

## **Autorizzazione Sportello d’Ascolto**

Il/la sottoscritto/a .....

padre/madre dell’alunno/a.....classe .....

### **AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo Sportello d’ascolto tenuto dalla psicologa scolastica.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 per chi rilasci dichiarazioni mendaci, dichiara di aver rilasciato la presente autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA .....

Trieste, .....