

**Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo  
"F. Sofia Alessio – N. Contestabile"  
Via Corrado Alvaro, 1  
89029 Taurianova (RC)**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  Padre  Tutore

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  Madre  Tutore

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Iscritto nell'anno scolastico 2023/2024 all'Istituto Comprensivo "F. Sofia Alessio – N. Contestabile"

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della scuola (specificare l'ordine di scuola)

Plesso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

### A U T O R I Z Z A

la scuola a comunicare con l'A. S. L. - Servizio di Neuropsichiatria Infantile in merito alla presa in carico dell'alunno.

La presente autorizzazione, salvo revoca, è valida per tutta la permanenza dell'alunno/a in sezioni o classi dipendenti da codesto Istituto.

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, 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.

\_\_\_\_\_  
(firma del genitore o chi ne fa le veci)

Recapito telefonico dei genitori

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Allegati: Documenti d'Identità.