

**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.