Al Dirigente Scolastico

IC San Francesco di Paola

Messina

**Il/la/i sottoscritto/a/i esercente/i la potestà genitoriale in qualità di**

|  |  |
| --- | --- |
| **□ PADRE**  | **ESERCENTE LA RESPONSABILITA’ GENITORIALE** |
| Cognome |  |
| Nome  |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Recapiti telefonici (fissi e/o cell.) |  |
| Mail per comunicazioni |  |
| **MADRE**  | **ESERCENTE LA RESPONSABILITA’ GENITORIALE** |
| Cognome |  |
| Nome  |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Recapiti telefonici (fissi e/o cell.) |  |
| Mail per comunicazioni |  |
| **□ TUTORE** | **ESERCENTE LA RESPONSABILITA’ GENITORIALE** |
| Cognome |  |
| Nome  |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Recapiti telefonici (fissi e/o cell.) |  |
| Mail per comunicazioni |  |
| ALUNNO/A |  |
| Cognome |  |
| Nome  |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Iscritto alla classe / sezione |  |
| settore | infanzia | primaria | Sec. I grado |

**AUTORIZZA/AUTORIZZANO**

L’Istituto a contattare l’équipe psico-pedagogica dell’U.O.C. di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza dell’ASP di Messina per visita diagnostica specialistica.

*"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **PADRE**  | **MADRE** | **TUTORE** |
|  |  |  |