



Ministero dell'Istruzione e del Merito - Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Istituto Comprensivo Marco Polo

Via Paternò, 20 – 00133 ROMA - Tel. 06/20760256 - Fax. 06/20749385

e-mail: rmic855004@istruzione.it; pec:rmic855004@pec.istruzione.it

www.istitutocomprensivomarcopoloroma.edu.it

C.F. 80236950582 Codice Univoco: UFB360

CONSENSO INFORMATO

Noi sottoscritti _____ (padre) e _____ (madre),
genitori dell'alunno/a _____ iscritto
alla classe/sezione _____ della
scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria di Primo grado _____

_____ dell' I.C. "Marco Polo", autorizziamo nostro/a figlio/a ad effettuare degli incontri nel periodo
_____ con il/la dott./dott.ssa

Si sottolinea che l'obiettivo non è legato alla valutazione dell'alunno.

AUTORIZZIAMO

NON AUTORIZZIAMO

Il/la _____ ad effettuare delle osservazioni
nella classe frequentata da nostro/a figlio/a in sua presenza.

Luogo e data

Firma

(padre) _____

(madre) _____

Nota Bene: nel caso in cui sia impossibile ottenere la firma congiunta dei genitori, chi firma il modulo si assume la responsabilità civile e penale di quanto dichiarato (ai sensi del D.P.R. 245/2000) e si assume la responsabilità di aver informato ed ottenuto il consenso dell'altro genitore (in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile).