**AUTORIZZAZIONE PARTECIPAZIONE INCONTRO” Giornata del benessere sessuale e della fertilità”**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**LICEO CLASSICO STATALE N. SPEDALIERI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

docente accompagnatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

Il/La proprio/a figlio/a a partecipare all’incontro sul tema:**” Giornata del benessere sessuale e della fertilità** organizzato dal Consultorio familiare territoriale sito in via Nino Martoglio n. 11- Catania, che si svolgerà nel giorno 23 settembre e per il quale è previsto che gli studenti raggiungano il luogo fissato dall’appuntamento accompagnati daii docenti in orario, sia all’andata che al ritorno.

I genitori, o chi esercita la responsabilità genitoriale

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, in qualità di genitore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver rilasciato la presente autorizzazione 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_