



ISTITUTO COMPRENSIVO DI CODROIPO

Via Friuli, 14 - 33033 CODROIPO (UD)

Tel. 0432-824559



C.F. 94127120304 - codice univoco fatturazione elettronica UFCQXX

sito: [www.iccodroipo.edu.it](http://www.iccodroipo.edu.it)

e-mail: [UDIC849001@istruzione.it](mailto:UDIC849001@istruzione.it) PEC : [UDIC849001@pec.istruzione.it](mailto:UDIC849001@pec.istruzione.it)

## AUTORIZZAZIONE COLLOQUI SCUOLA/OPERATORI SANITARI/TUTOR/FIGURE DI RIFERIMENTO

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo di Codroipo

I sottoscritti .....

genitori dell'alunno/a .....

frequentante la Classe/sez..... Plesso .....

### AUTORIZZANO

la scuola nella persona del Dirigente Scolastico o suo delegato e i docenti della Classe/sez nella quale è inserito il/la figlio/a a colloquiare direttamente con gli Operatori Sanitari, al fine di:

- attivare e/o mantenere rapporti di fattiva e concreta collaborazione
- individuare le strategie e gli strumenti più efficaci per fronteggiare le difficoltà manifestatesi
- valutare i progressi riscontrati.

I dati acquisiti nel corso del colloquio saranno trattati nel rigoroso rispetto delle norme a tutela della Privacy (Reg. UE 678/2016 e codice privacy).

L'autorizzazione avrà valore per tutto il periodo in cui il/la figlio/a frequenterà questo Istituto.

Data .....

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Per le autorizzazioni firmate da un solo genitore, quest'ultimo 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.