



**P.N.R.R. 1.4 – Riduzione dei Divari Territoriali**  
**Progetto "SENTO CHE POSSO"**  
**M4C1I1.4-2022-981-P-13067 – C.U.P.:D84D22003820006**

**MODULO DI CONSENSO**

Avendo letto e compreso l'informativa che precede,

Nome e cognome (Alunno) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_)  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
Classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

In caso di alunno maggiorenne, desidero informare i genitori  SI  NO

(compilare la parte seguente nel caso di alunni minorenni)

Io sottoscritto (nome e cognome padre) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_)  
e residente a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_)  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
Tel./Cell. n. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Io sottoscritta (nome e cognome madre) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_)  
e residente a \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_)  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
Tel./Cell. n. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

in qualità di genitore / tutore legale **autorizzo** la partecipazione dell'alunno di cui sopra alle attività del progetto "Sento che posso".

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(firma di entrambi i genitori o alunno maggiorenne)