

Autorizzazione ad usufruire dello “Sportello d’ascolto”

(da riconsegnare o inviare al Coordinatore di Classe o all’indirizzo ilaria.lovato@icdozza.edu.it)

I sottoscritti _____ e
_____ genitori/tutori dell’alunno\la
_____ frequentante la classe _____ sez.
_____ dichiarano di aver preso visione della comunicazione e

danno

non danno

il consenso alla fruizione per il proprio figlio di eventuali colloqui con la psicologa responsabile del servizio dello sportello di ascolto psicologico.

Data: ____/____/_____

(firma) del padre/tutore

(firma) della madre/tutore