

AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti _____,
genitori/affidatari dell'alunno/a _____, nato/a a
_____ il _____, frequentante la classe _____ della scuola

Secondaria di I grado dell'Istituto Comprensivo G. Pascoli, presa visione dell'attivazione dello **Sportello di Ascolto** per l'anno scolastico 2021/2022 e considerato che il/la proprio/a figlio/a potrà accedere allo Sportello su sua spontanea iniziativa e soltanto con l'autorizzazione dei genitori

AUTORIZZANO

- SI
- NO

Il proprio figlio/a ad usufruire dello Sportello di Ascolto e delle attività erogate dallo stesso (incontri tematici in classe, orientamento scolastico, attività psico-educative ecc.) con la presenza della **Dott.ssa Franca Chidichimo, Psicologa clinica e scolastica, Psicoterapeuta.**

Data

Firma del padre

Firma della madre

