

AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti _____,
genitori/affidatari dell'alunno/a _____, nato/a a
_____ il _____, frequentante la classe _____ di codesta
Istituzione Scolastica, presa visione dell'attivazione dello **Sportello di Ascolto** per l'anno scolastico
2020/2021 e considerato che Vostro/a figlio/a potrà accedere allo Sportello su sua spontanea
iniziativa e soltanto con la vostra autorizzazione

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
del **Dott. Michele Forciniti, Psicologo clinico e scolastico, Psicoterapeuta.**

Data

Firma del padre

Firma della madre

AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti _____,
genitori/affidatari dell'alunno/a _____, nato/a a
_____ il _____, frequentante la classe _____ di codesta
Istituzione Scolastica, presa visione dell'attivazione dello **Sportello di Ascolto** per l'anno scolastico
2020/2021 e considerato che Vostro/a figlio/a potrà accedere allo Sportello su sua spontanea
iniziativa e soltanto con la vostra autorizzazione

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
del **Dott. Michele Forciniti, Psicologo clinico e scolastico, Psicoterapeuta.**

Data

Firma del padre

Firma della madre
