

SPORTELLO D'ASCOLTO AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI/TUTORI

Io/ Noi sottoscritto/i _____

**Genitore/i – tutore
dell'alunno/a** _____

Frequentante la classe _____ del plesso _____

SI Autorizzo mio/a figlio/a punto1

NON Autorizzo mio/a figlio/a punto1

A poter usufruire del servizio sportello d'ascolto.

_____li, _____

Firma del/del genitore/i – tutore _____

Compilare e consegnare in formato cartaceo in busta chiusa in portineria a piano terra

(inviare anche via mail alla scuola : rmic&c3007@istruzione.it e per conoscenza
a psicologoscolastico@icdifrascati.edu.it)