

AUTORIZZAZIONE SPORTELLLO D'ASCOLTO

I sottoscritti

..... e

.....

genitori/tutori dell'alunno .....

della classe .....

**autorizzano**

**non autorizzano**

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire dello Sportello d'Ascolto messo a disposizione gratuitamente dall'Istituto, a cura della Dott.ssa Chiara Martucci - Psicologa dell'Associazione Effetto Farfalla, anche mediante consulenza a distanza, ove se ne presentasse la necessità.

Data

.....

Firma di entrambi i genitori

.....

.....