

OGGETTO: Autorizzazione accesso Sportello di Ascolto
psicologico a.s. 2022-2023

Il sottoscritto _____
La sottoscritta _____
genitori dell’alunno/a _____
della classe _____ sez. _____ sede _____

AUTORIZZANO / NON AUTORIZZANO*

*Cancellare la voce che non interessa

il /la proprio/a figlio/a a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo Sportello
di Ascolto psicologico.

_____, _____

Firma _____

Firma _____