

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 \_\_\_\_\_