



## CONSENSO PER L'ACCESSO ALLO "SPORTELLO D'ASCOLTO" E ALLO SPORTELLO DI "CONSULENZA PSICOLOGICA"

Il sottoscritto .....

la sottoscritta .....

genitori dell'alunno/a .....

iscritto/a e frequentante la classe ..... di questo istituto

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il libero accesso del proprio figlio/della propria figlia allo sportello di ascolto e allo sportello di consulenza psicologica.

Data .....

I genitori dell'alunno/a (o chi ne fa le veci)  
È richiesta la firma di entrambi i genitori

.....

.....

Da consegnare al coordinatore di classe entro l'inizio del mese di novembre.