

AUTORIZZAZIONE

Al DS del XV IC PAOLO ORSI

I Sottoscritti:

madre (nome e cognome).....

nata a..... ilC.F....., tipo di documento di
identità....., n., rilasciato
da....., scad.....

Padre (nome e cognome)
nato a..... ilC.F....., tipo di documento di
identità....., n., rilasciato
da....., scad.....

Genitori dell'alunno/a....., nato a,
il

Scuola:.....Plesso.....Classe.....Sez:.....

INTENDONO/ NON INTENDONO (cancellare la voce che non interessa)

Autorizzare il /la proprio/a figlio/a.....ad accedere, nel caso in cui lo richieda, al servizio dello "Sportello d'ascolto" della scuola gestito dalla psicologa Dott.ssa S. Reitano, individualmente o con il gruppo classe. Autorizzano, anche, ad usufruire dello sportello d'ascolto in orario extracurricolare, qualora l'alunno/a lo richieda.

Sr,.....

Firma

.....