

AUTORIZZAZIONE

I sottoscrittigenitori/affidatari
dell'alunno/a.....nato/a.....il.....frequentante la
classe.....dell'I.I.S.S."Don Michele Arena" di Siacca, presa visione dell'istituzione dello
Sportello di ascolto attivo per l'anno scolastico 2015/2016 e considerato che Vostro/a figlio/a potrà
accedere allo Sportello di ascolto, su sua spontanea iniziativa e soltanto con la Vostra
autorizzazione

AUTORIZZANO

☐ Si

☐ No

il proprio figlio/a ad **usufruire dello Sportello di Ascolto** con la presenza di una psicologa, in
maniera riservata presso il proprio Istituto.

Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

AUTORIZZAZIONE

I sottoscrittigenitori/affidatari
dell'alunno/a.....nato/a.....il.....frequentante la
classe.....dell'I.I.S.S."Don Michele Arena" di Siacca, presa visione dell'istituzione dello
Sportello di ascolto attivo per l'anno scolastico 2015/2016 e considerato che Vostro/a figlio/a potrà
accedere allo Sportello di ascolto, su sua spontanea iniziativa e soltanto con la Vostra
autorizzazione

AUTORIZZANO

☐ Si

☐ No

il proprio figlio/a ad **usufruire dello Sportello di Ascolto** con la presenza di una psicologa, in
maniera riservata presso il proprio Istituto.

Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____