

Autorizzazione ad usufruire dello “Sportello d’ascolto  
(da riconsegnare al Coordinatore di Classe )

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e  
\_\_\_\_\_ genitori/tutori dell’alunno/a  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_  
sez. \_\_\_\_\_ dichiarano di aver preso visione della comunicazione e

☐ danno

☐ non danno

il consenso alla fruizione per il proprio figlio di eventuali colloqui con la psicologa responsabile del servizio dello sportello di ascolto psicologico con la dottoressa Maria Cecilia Monge Roffarello.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma) del padre

\_\_\_\_\_  
(firma) della madre