



**Istituto Comprensivo
Empoli Ovest
S.S. I°G. Busoni**

PROGETTO SPORTELLLO DI SUPPORTO E CONSULENZA PSICOLOGICA

Anno scolastico 25/26

Autorizzazione minori

**Il servizio è rivolto a:
studenti, genitori, docenti**

**Per prenotare potete inviare una mail alla curatrice del
progetto
Dott.ssa. Cecilia Monge Roffarello
(psicologa e psicoterapeuta)
al seguente indirizzo: psicologa.empoliovest@gmail.com
un messaggio su whatsapp al 349 7257125**

Il sottoscritto (padre): _____

La sottoscritta (madre): _____

Genitori dell'alunno/a: _____ classe _____

Autorizzano il proprio figlio/a ad avvalersi del servizio di consultazione psicologia durante l'orario scolastico curato dalla dottoressa Maria Cecilia Monge Roffarello psicologa e psicoterapeuta (iscrizione all' Ordine degli Psicologi della Toscana n. 3628).

Firma del padre: _____ Firma della madre: _____