

Al Dirigente Scolastico

IISS Bojano

Modulo autorizzazione per l'accesso degli alunni allo Sportello di ascolto psicologico

Noi sottoscritti

(Nome e cognome) _____ nato il
____/____/____, a _____ Prov.(____), residente a
_____ Prov. (____), in via _____

e

(Nome e cognome) _____ nata il
____/____/____, a _____ Prov.(____), Residente a
_____ Prov. (____), in via _____

in qualità di genitori/tutori che esercitano la potestà genitoriale

AUTORIZZIAMO nostra/o figlia/o

(Nome e cognome) _____ nato il ____/____/____, a
_____ Prov.(____), Residente a _____ Prov. (____), in
via _____

frequentante la classe della Scuola Secondaria IISS Bojano, a partecipare alle attività dello sportello di ascolto psicologico coordinato dalla dott.ssa Carla Ciamarra, Psicoterapeuta funzionale.

Data e Luogo

FIRMA