AUTORIZZAZIONE SPORTELLO DI ASCOLTO

I Genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe dell’Istituto Comprensivo G. Pascoli, presa visione dell’attivazione dello ***Sportello di Ascolto*** per l’anno scolastico 2023/2024

AUTORIZZANO

Il proprio figlio/a ad usufruire delle attività erogate dallo stesso (incontri tematici, orientamento scolastico, attività psico-educative) con la presenza della ***Dott.ssa* Franca Chidichimo, *Psicologa, Psicoterapeuta***.

Firma dei genitori