**TAGLIANDO DI AUTORIZZAZIONE DA INVIARE FIRMATO ALL’INDIRIZZO DI POSTA** [**ascoltoamicobixio@libero.it**](mailto:ascoltoamicobixio@libero.it)

....l.... sottoscritt..... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore/affidatario

dell'alunn......... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe ........... sez.

........, preso atto della comunicazione n. 70 del 04/12/2024 relativa all’istituzione dello ***SPORTELLO DI ASCOLTO AMICO*** -Sportello di consulenza e supporto psicologico presso l'Istituto

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la dott.ssa Schisano Martina

Piano di Sorrento, Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel: