

ISTITUTO STATALE ISTRUZIONE SUPERIORE
VALCERESIO

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ACCESSO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

I sottoscritti _____ e _____ genitori esercenti la patria potestà dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____ Sez. _____ dichiarano di essere a conoscenza dei progetti "Sportello d'Ascolto" e "Sportello legale".

Sportello d'ascolto AUTORIZZO *Oppure* **NON AUTORIZZO**

Il/la sopracitato/a alunno/a, a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo "sportello" tenuto dall'esperto.

Firma del/i genitore/i

