AUTORIZZAZIONE PARTECIPAZIONE SPORTELLO D’ASCOLTO

Il/la sottoscritto/a ……………………………,…………….………… genitore dell’alunno/a ………………..…………………………………………. della classe ………… sez……..

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a a partecipare all’attività dello sportello psicologico

Roma, ……………… Firma

……………………………………….