

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ICS RITA LEVI-MONTALCINI
PARTANNA (TP)**

**AUTORIZZAZIONE PARTECIPAZIONE ALUNNO/A PROGETTO “LO PSICOLOGO A SCUOLA:
SPORTELLO D'ASCOLTO”**

I sottoscritti

.....

genitori (altro.....) dell'alunno/a

frequentante nel corrente anno scolastico la classe sez..... plesso..... della
Scuola.....

Padre: nato il.....a.....e residente a

.....in Via.....

C.F.....Cellulare.....

e-mail

Madre: nata il.....a.....e residente a

.....in Via.....

C.F.....Cellulare.....

e-mail

AUTORIZZIAMO

l figlia/o (indicare nome e cognome)

a partecipare alle attività del su indicato progetto per accedere al servizio di consulenza
psicologica svolto dalla Dott.ssa Maria Russo.

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci _____
