

Rho, .....

**MODULO: autorizzazione accesso a sportello di ascolto**

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

**CROCETTARE L'OPZIONE SCELTA**

AUTORIZZIAMO

NON AUTORIZZIAMO

il/la proprio/a figlio/a all'accesso allo sportello di ascolto con la psicologa Dott.ssa Marta Brovero

data, .....

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma dei Genitori