

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori/affidatari dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_,  
presa visione della circolare relativa all'attivazione dello sportello psicologico all'interno del  
progetto Or.CO, istituito presso codesto istituto, visualizzabile al seguente link:

[https://www.icstigliano.edu.it/Public/Moduli/News/Allegato\\_News\\_975.pdf](https://www.icstigliano.edu.it/Public/Moduli/News/Allegato_News_975.pdf)

### AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ \*

- a partecipare alle attività di classe
- a richiedere consulenza psicologica

Luogo, data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

In fede,

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

\*barrare una o entrambe le attività