

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

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