

All.1

**CONSENSO ALL'ACCESSO AL SERVIZIO DI SPORTELLO PSICOLOGICO**

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI GENITORE/ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE

DELL'ALUNNO/A \_\_\_\_\_

CLASSE \_\_\_\_\_ SEZIONE \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_

- ACCONSENTO
- NON ACCONSENTO

CHE MIO FIGLIO/A USUFRUISCA DELLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO IN PRESENZA.

CAVA DE' TIRRENI \_\_\_\_\_

FIRMA (ENTRAMBI I GENITORI)