



LICEO
PARINI

Consenso Sportello Psicologico

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (____) il _____ e residente a

_____, Via/piazza _____

Telefono _____

COGNOME E NOME MADRE _____

Nata a _____ (____) il _____ e residente a

_____, Via/piazza _____

Telefono _____

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore

che frequenta la classe _____ sez



AUTORIZZANO



NON

AUTORIZZANO

(Barrare la casella che interessa)

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Data, _____

Firma del padre _____ Firma della madre

Liceo Parini, via Goito 4 - 20121 Milano
Tel. 02/6551278 - Fax. 02/6599598
C.F. 80150590158 - C. M. MIPC170001

e-mail: info@liceoparini.gov.it - web: <http://liceoparini.gov.it> - P.E.C.: mipc170001@pec.istruzione.it



LICEO
PARINI
