**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