

OGGETTO: Liberatoria sportello d'ascolto alunni per a.s. 2020-2021

I Sottoscritti

(Cognome e Nome del PADRE)

(Cognome e Nome della MADRE)

Genitori di _____
(Cognome Nome del FIGLIO/A)

Classe _____ - Sezione _____ della scuola Secondaria di primo grado
"Leonardo da Vinci"

- AUTORIZZANO
 NON AUTORIZZANO

la psicologa scolastica dott.ssa Cristina Perego, quale operatrice dello Sportello Psicologico, ad incontrare il proprio figlio/a.
Tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico d'ascolto, informazione, orientamento e sostegno al minore.

Bernareggio, _____

Firma di entrambi i genitori
