

AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO DELL'ALUNNO ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Io sottoscritta Sig. ra. nata a il .
..... e residente in Via/P.zza.....
.....

Io sottoscritto Sig. nato a il .
..... e residente in Via/P.zza.....
..... genitori dell'alunno/a
nato/a il frequentante la classe
della scuola dell'ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAMPLI,

presa visione dell'istituzione presso la scuola di uno Sportello d'ascolto psicologico, finalizzato al conseguimento di un intervento per migliorare il benessere psicologico del minore, con progetto realizzato dal Comune di Campli – Assessorato alle Politiche Sociali, in collaborazione con APS "le Ali della Vita" Centro Studi e Servizi Sociali per la famiglia" , Via Michelangelo n. 59 TERAMO,

Dà il consenso Nega il consenso

al/alla proprio/a figlio/a di usufruire, presso la sede della scuola e durante l'orario di svolgimento delle attività scolastiche, degli incontri individuali con la psicologa dott.ssa Cristina Gammella, operatore dell' APS "le Ali della Vita" Centro Studi e Servizi Sociali per la famiglia", Via Michelangelo n. 59 TERAMO.

Campli, li

Firma dei genitori