

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL’
I.I.S. ELIANO LUZZATTI
PALESTRINA**

SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO – AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

Noi sottoscritti _____
genitori dell’alunn _____
della classe _____ sez. _____ indirizzo di studi _____

AUTORIZZIAMO

nostro/a figlio/a a partecipare agli incontri nell’ambito dello Sportello di Ascolto Psicologico, nel
corrente anno scolastico 2025/26, secondo gli appuntamenti di volta in volta stabiliti in accordo con
la psicologa/psicoterapeuta incaricata, all’interno delle fasce orarie e nelle sedi di cui alla circolare
interna.

Palestrina, _____

FIRMA DEI GENITORI

