# **AUTORIZZAZIONE ACCESSO SPORTELLO DI ASCOLTO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre

la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ madre

dello/a studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la

classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Liceo Scientifico “C.Golgi” di Breno, informati dell’istituzione, presso la Scuola stessa, dello SPORTELLO DI ASCOLTO (CONSULENZA PSICOLOGICA) tenuto dalla

Dott. Ssa Gaia Sanzogni – Psicologa (Ordine degli Psicologi della Lombardia n° 03/11934),

dichiarano

di acconsentire che il/la figlio/a possa accedere, qualora lo volesse.

Breno,

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE