***AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PER COLLOQUIO INDIVIDUALE DI ALUNNI MINORENNI***

I sottoscritti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esercenti la responsabilità genitoriale sull'alunno/a : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe……. sez……..

**AUTORIZZANO**

il/la minore sopra indicato ad avere un colloquio individuale con il Dr……………… Psicologo nell’ambito del servizio di "Sportello d'Ascolto".

In Roma…………………………

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_