Al Dirigente Scolastico

AUTORIZZAZIONE DA INVIARE FIRMATA ALL'INDIRIZZO DI POSTA ascoltoamicobixio@libero.it

....l.... sottoscritt..... _____genitore/affidatario

dell'alunn..... _____ frequentante la classe ..... sez.

....., preso atto della comunicazione n. 72 del 02/12/2025 relativa all'istituzione dello ***SPORTELLO DI ASCOLTO AMICO*** - Sportello di consulenza e supporto psicologico presso l'Istituto

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la dott.ssa Viviana Attanasio

Piano di Sorrento, Firma: _____

Tel: