

Alla c.a. Dott.ssa Elisabetta Sioli

Cooperativa Sociale Atipica

LIBERATORIA

IL/I SOTTOSCRITTI

_____ (Cognome e Nome del PADRE)

_____ (Cognome e Nome della MADRE)

GENITORE/I DI _____ (Cognome e Nome del FIGLIO/A)

Classe _____ Sezione _____

frequentante la scuola SECONDARIA DI PRIMO GRADO di Sulbiate

AUTORIZZA

la Psicologa scolastica, quale operatrice dello Sportello Psicologico, ad incontrare il proprio FIGLIO/A.

Tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico d'ascolto, informazione, orientamento e sostegno al minore.

FIRMA DEL/I GENITORI _____

DATA _____