

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ACCESSO SPORTELLLO DI ASCOLTO
PSICOLOGICO**

Il/la sottoscritto/a.....

genitore dell'alunno/a.....frequentante la classe

.....di codesto istituto

Autorizza

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo sportello di ascolto tenuto da psicologi esterni.

Firma