Autorizzazione per il servizio dello sportello di ascolto scolastico

Il sottoscritto…………………………………………………………………………………..nato a ……………………………

Il……………………………………………residente in ………………………………………….via………………………………

Cell……………………………………………………….

Doc. identità n°…………………………………………..

E

Il sottoscritto…………………………………………………………………………………..nato a ……………………………

Il……………………………………………residente in ………………………………………….via………………………………

Cell……………………………………………………….

Doc. identità n°……………………………………………………

In qualità di genitori, esercenti la patria potestà del minore……………………………………………………..

della classe……………

intendiamo autorizzare nostro/a figlio/a ad accedere, qualora e quando lo richieda, al servizio dello Sportello di ascolto scolastico con dalla dott.ssa Chiara Luparini, anche in via telefonica.

Pisa,……………………………………. FIRME

…………………………………………………………

…………………………………………………………