**Autorizzazione per il servizio dello sportello di ascolto psicologico scolastico presso ‘Istituto Statale Comprensivo L. Fibonacci**

Il sottoscritto………………………………………………………………………………………………………………………………nato/a a…………………………………………..il………………………………residente in……………………………………………

via…….………………………………………………………..cell…………………………………………

Doc.identità n°……………………………………………………………………………

Il sottoscritto………………………………………………………………………………………………………………………………nato/a a…………………………………………..il………………………………residente in……………………………………………

via…….………………………………………………………..cell…………………………………………

Doc.identità n°……………………………………………………………………………

In qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale del minore………………………………………………………

della classe…………………………………..

intendiamo autorizzare nostra/o figlia/o a recarsi autonomamente allo “Sportello d’ascolto psicologico” e/o partecipare alle attività e ai laboratori eventualmente organizzati dall'esperto.

Le prestazioni saranno rese in presenza dalla Dott.ssa Valeria Guidi, psicologa psicoterapeuta iscritta all’Albo dell’Ordine degli Psicologi della Toscana n°6563

valeguidi@gmail.com

Pisa,…………………………………………………………….. FIRME

 ……………………………………………………………………

 …………………………………………………………………..