

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

.....
.....