

**AUTORIZZAZIONE AD ACCESSO A SPORTELLO DI ASCOLTO SVOLTO DAI DOCENTI**

**“OGNUNO AL SUO POSTO”**

I sottoscritti (cognome e nome del padre) .....

(cognome e nome della madre) .....

genitori dell'alunno/a.....classe.....plesso.....

**autorizzano**

il/la proprio/a figlio/a ad accedere allo sportello di ascolto individuale svolto dai docenti “Ognuno al suo posto”

Firma padre

\_\_\_\_\_

Firma madre

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_