

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO "GIORGIO AMBROSOLI" - ROMA**

**Oggetto: consenso d'avvalersi del servizio "Sportello di ascolto e di consulenza psicologica" e prenotazione**

I sottoscritti .....

esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a

.....

della classe ..... sezione ..... dell'Istituto "G. Ambrosoli" di Roma

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a a frequentare lo Sportello di ascolto e di consulenza psicologica dell'ISS "G. Ambrosoli" prenotando un incontro nel giorno \_\_\_\_\_ durante l'orario previsto dal servizio.

Roma, \_\_\_ / \_\_\_ / 2024

Firma.....

Firma.....

**(la firma deve essere di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale o, nel caso firmi uno solo, vi sia la dichiarazione che l'altro esercente sia a conoscenza del consenso e lo condivida)**