

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO "GIORGIO AMBROSOLI" - ROMA

Oggetto: consenso d'avvalersi del servizio "sportello di ascolto e di consulenza psicologica.

Il/la sottoscritto/a

esercente la responsabilità genitoriale dell'alunno/a

.....

della classe sezione dell'I.I.S.S. "G. Ambrosoli" di Roma

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a a frequentare lo Sportello di ascolto e di consulenza psicologica dell' I.I.S.S. "G. Ambrosoli" prenotando un incontro nel giorno _____ durante l'orario scolastico.

Roma, ____ / ____ / 2024

Firma.....

(esercente responsabilità genitoriale)