**MODULO DI AUTORIZZAZIONE ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO**

I SOTTOSCRITTI GENITORI…………………………………………………E………………………………………………………

AUTORIZZANO IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CLASSE…………………………..

A RIVOLGERSI ALLO SPORTELLO D’ASCOLTO GESTITO DA……………………………………………………………………………

PRESSO LA SEDE/PLESSO ………………………………. DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO DON LORENZO MILANI- CERVETERI.

Data, ………………………………………………

 FIRMA DEI GENITORI

 ……………………………………………………………..

 ……………………………………………………………..