ACCESSO DEL MINORE ALLO SPAZIO ASCOLTO PSICOLOGICO

I sottoscritti genitori, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*dello/a studente/essa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Liceo Classico “ G. Prati”,

in virtù della responsabilità genitoriale, visti e compresi i contenuti e le finalità dello

“Spazio Ascolto Psicologico” attivato nell’ anno scolastico 2022-2023 presso il Liceo Classico “ G. Prati”

**NON AUTORIZZANO**

Il/La proprio/a figlio/a ad usufruire dello Spazio Ascolto Psicologico, curato dal Dott. Luca Pisoni.

In Fede

Firma del padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_