

**MODULO AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI
ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO
presso l'I.C. "Agrigento Centro"**

A.S. 2024/2025

(da consegnare al docente coordinatore di classe)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a (.....) il/...../.....

Il/la sottoscritto/a

nato/a a (.....) il/...../.....

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale sul/sulla minore:

Nome Cognome

nato/a a (.....) il/...../.....

e frequentante la classe sez. Plesso

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Luogo e Data

_____, ____/____/_____

FIRMA DEI GENITORI
