
**CONSENSO ALL'ACCESSO ALLO SPORTELLO SCOLASTICO DI ASCOLTO PSICO-
PEDAGOGICO**

**AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO AL
SERVIZIO DI SPORTELLO SCOLASTICO DI ASCOLTO PSICO-PEDAGOGICO**

Io sottoscritto/a in quanto esercente la potestà genitoriale sul
minore

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

la partecipazione di mio/a figlio/a al servizio di sportello scolastico di ascolto psico-pedagogico.

Io sottoscritto/a in quanto esercente la potestà genitoriale sul
minore

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

la partecipazione di mio/a figlio/a al servizio di sportello scolastico di ascolto psico-pedagogico.

firma della madre.....

firma del padre.....