Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo di Brolo

**AUTORIZZAZIONE** per l’accesso al SERVIZIO DI PSICOLOGIA

I sottoscritti (padre/affidatario)

e (madre/affidataria ) dell’alunno

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_dell’Istituto Comprensivo di Brolo, **AUTORIZZANO** il propri figli

SI NO

ad usufruire del servizio gratuito di psicologia scolastica con incontri individuali e/o di gruppo con la Psicologa, Dott.ssa Oriana Tumeo.

FIRMA (padre/affidatario)

FIRMA (madre/affidataria)

Brolo,