

**Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo di Brolo**  
**AUTORIZZAZIONE al COLLOQUIO INDIVIDUALE CON LE PSICOLOGHE**  
**per l'anno scolastico 2016-17**  
Progetto "Salute e Prosocialità"

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori/affidatario  
dell'alunn \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_,  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO** (ai sensi della legge sulla privacy n.196/2003) \_\_\_propri\_\_\_/\_\_\_figli\_\_\_  
ad usufruire di **EVENTUALI incontri** con la psicologa del servizio di psicologia scolastica.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo di Brolo**  
**AUTORIZZAZIONE al COLLOQUIO INDIVIDUALE CON LE PSICOLOGHE**  
**per l'anno scolastico 2016-17**  
Progetto "Salute e Prosocialità"

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori/affidatario  
dell'alunn \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_,  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO** (ai sensi della legge sulla privacy n.196/2003) \_\_\_propri\_\_\_/\_\_\_figli\_\_\_  
ad usufruire di **EVENTUALI incontri** con la psicologa del servizio di psicologia scolastica.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo di Brolo**  
**AUTORIZZAZIONE al COLLOQUIO INDIVIDUALE CON LE PSICOLOGHE**  
**per l'anno scolastico 2016-17**  
Progetto "Salute e Prosocialità"

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori/affidatario  
dell'alunn \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_,  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO** (ai sensi della legge sulla privacy n.196/2003) \_\_\_propri\_\_\_/\_\_\_figli\_\_\_  
ad usufruire di **EVENTUALI incontri** con la psicologa del servizio di psicologia scolastica.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo di Brolo**  
**AUTORIZZAZIONE al COLLOQUIO INDIVIDUALE CON LE PSICOLOGHE**  
**per l'anno scolastico 2016-17**  
Progetto "Salute e Prosocialità"

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori/affidatario  
dell'alunn \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_,  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO** (ai sensi della legge sulla privacy n.196/2003) \_\_\_propri\_\_\_/\_\_\_figli\_\_\_  
ad usufruire di **EVENTUALI incontri** con la psicologa del servizio di psicologia scolastica.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_