

**Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo di Brolo**

**AUTORIZZAZIONE all'OSSERVAZIONE IN CLASSE  
da parte del servizio di Psicologia Scolastica**

Anno Scolastico 2016-2017

Progetto "*Salute e Prosocialità*"

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_

(Nome e cognome del padre)

\_\_\_\_\_

(Nome e cognome della madre)

\_\_\_\_\_

(Nome e cognome del tutore legale)

Genitori dell'alunno \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

• **AUTORIZZIAMO**

• **NON AUTORIZZIAMO**

il Servizio di Psicologia ad effettuare l'osservazione diretta in classe, delle dinamiche relazionali e comportamentali che prevedono la presenza di nostr\_\_ figl\_\_ .

**Per ottenere l'autorizzazione è necessaria la firma di entrambi i genitori.**

Brolo, \_\_\_\_\_

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

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

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_