

**Istituto Comprensivo Statale “Alto Casertano”**

Istruzione del primo ciclo nei comuni di

**ROCCAMONFINA-ROCCAD’EVANDRO-CONCA DELLA CAMPANIA-GALLUCCIO-SAN PIETRO INFINE-TORA E PICCILLI**

**Via S. Lucia,10 - 81035- ROCCAMONFINA (CE) - Tel. 0823/677280**

ceic8be00b@istruzione.it  ceic8be00b@pec.istruzione.it  [http://www.icaltocasertano.it](http://www.icaltocasertano.edu.it/)

**Codice meccanografico CEIC8BE00B  Codice Fiscale 95022400618**

**AUTORIZZAZIONE PER IL SERVIZIO DELLO SPORTELLO PSICOLOGICO**

Io sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(padre) nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e io sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (madre) nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residenti in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_\_

in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore/i (o esercente la responsabilità genitoriale) del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ordine di scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la presente Autorizzano il proprio figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ad accedere al servizio dello Sportello di Ascolto Psicologico della scuola.

 **Firma (padre-madre)**

 ……………………………………………

 …………………………………………………………………