

**Autorizzazione per l'accesso allo Sportello d'Ascolto Psicologico da parte degli alunni  
della Scuola Secondaria di I grado**

I sottoscritti \_\_\_\_\_,  
genitori/affidatari dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_  
della Scuola \_\_\_\_\_,

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ ad usufruire dello Sportello di  
ascolto psicologico di questo istituto nell'anno scolastico 2022-23.

Luogo, data \_\_\_\_\_

In fede, firme di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(Da consegnare al Docente Coordinatore di classe)*