

MOD. G

SPORTELLO D'ASCOLTO AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI/TUTORI

Io/ Noi sottoscritto/i _____

Genitore/i – tutore

dell'alunno/a _____

Frequentante la classe _____ **del plesso** _____

SI Autorizzo mio/a figlio/a

NON Autorizzo mio/a figlio/a

A poter usufruire del servizio sportello d'ascolto*.

_____ **li,** _____

Firma del/del genitore/i – tutore _____

*sono previsti incontri individuali, richiesti dal singolo studente, ed eventuali osservazioni in classe, su richiesta del Consiglio di classe, le cui modalità saranno comunicate all'inizio dell'anno scolastico.

