
AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO ALLO SPAZIO D'ASCOLTO STUDENTI - A.S. 2017/2018

I sottoscritti: (nome cognome)

esercitanti la patria potestà sullo/a studente/studentessa:

(nome cognome) _____

classe e sez. _____ sede _____ **AUTORIZZANO/NON**

AUTORIZZANO* il/la proprio/a figlio/a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo "Spazio d'Ascolto".

*cancellare la voce che non interessa

Data

FIRMA _____

FIRMA _____