Da restituire al coordinatore di classe, con la firma di **entrambi i genitori**

Oggetto: liberatoria autorizzazione colloquio sportello di ascolto.

Noi sottoscritti genitori (Nome e cognome dei genitori e/o tutori):

Nome ……. Cognome ……. Nato/a il ……/……/…… a …… ……, in provincia di (……..), residente a …… Pr. …… C.F.	Nome ……. Cognome ……. Nato/a il ……/……/…… a …… ……, in provincia di (……..), residente a …… Pr. …… C.F.

In qualità di tutore/tutrice legale del/della minorenne:
(Nome e cognome del minore) …… nato/a il ……/…. /……., a
…… Pr. (……..), residente a …… Pr. (……..),
Secondaria I grado classe …… sezione …… Plesso .....

Autorizziamo nostro/a figlio/a

Non autorizziamo nostro/a figlio /a

ad usufruire, qualora lo desiderasse, del Servizio di Sportello d'ascolto Psicologico, attivo presso l'Istituto, ed autorizzo al trattamento dei suoi dati secondo normativa vigente.

DATA_____

FIRMA madre _____

FIRMA padre _____