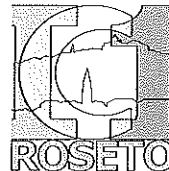




# Istituto Comprensivo Roseto 1



Via D'Annunzio 16 - 64026 Roseto degli Abruzzi (TE)

Tel.: 0858990187 - Cod.Fisc.: 91043580678 - Cod.Mecc.: TEIC842001 - Cod.Univ.: UFIYCB

sito web: [www.icroseto1.edu.it](http://www.icroseto1.edu.it) - peo: [teic842001@istruzione.it](mailto:teic842001@istruzione.it) - pec: [teic842001@pec.istruzione.it](mailto:teic842001@pec.istruzione.it)

## AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti ..... , ..... genitori dell'alunno/a

....., Scuola ....., Classe .....

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la figlio/a ad usufruire del servizio dello sportello d'ascolto condotto dalla Dott.ssa Alessandra Lucia Meda Psicologa-Psicoterapeuta nell'ambito del progetto "Sostegno psicologico nelle Istituzioni scolastiche" a.s. 2021-2022.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE 1 ..... GENITORE 2 .....

*Il sottoscritto dichiara di aver firmato il presente atto in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriali di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

Firma genitore

\_\_\_\_\_