

LIBERATORIA PER ALUNNI PER SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Alla Dirigente Scolastica

Istituto Comprensivo Montignoso

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, Via  
\_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_, mail  
\_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, Via  
\_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_, mail  
\_\_\_\_\_

Genitori/Tutori dell'alunno/a

\_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_

della scuola dell'Infanzia / Primaria / I grado \_\_\_\_\_

dell'Istituto Comprensivo Montignoso

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire delle prestazioni professionali della dott.ssa  
psicologa Giulia Panesi, nell'ambito del progetto Sportello d'Ascolto Psicologico,  
attivato dall'Istituto per l'anno scolastico 2023/2024.

Montignoso, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si allega copia documenti di identità**