

Autorizzazione  
Sportello d'ascolto  
consulenza on line

I sottoscritti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

genitori (o tutori legali) dell'alunno/a \_\_\_\_\_,

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

della scuola Secondaria di 1° grado del plesso di Via D'Azeglio dell'I.C. di Frascati

(Via Don Bosco, 8),

**AUTORIZZANO**

L'alunno ad usufruire del servizio dello sportello d'ascolto ( consulenza on line non nei locali della scuola) tenuto dalla dott.ssa Carosi Mirella

Frascati, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori o tutori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_