

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo di THIENE

OGGETTO: Consenso per l'accesso allo sportello di ascolto Counselling

Il/La sottoscritto /a _____ in qualità di GENITORE/ TUTORE
dell'alunno _____
della classe _____ sez. _____ del plesso:

Scalcerle Collodi Talin
 Zanella S.G. Bosco Bassani Ferrarin

AUTORIZZA

Il figlio/a _____ ad accedere allo sportello di ascolto
Counselling per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ presso la sede

Bassani
 Scalcerle
 Ferrarin

Thiene _____

FIRMA
(Il genitore/tutore)
