DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE A PARTECIPARE AL PROGETTO “SPORTELLO DI ASCOLTO”

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………………….

nata a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne…………………………………………………….

nato a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

DICHIARANO

(segnare con X la scelta)

-[ ] di aver preso notizia dell’inizio del progetto “Sportello di ascolto” ;

-[ ] di condividere le finalità e gli obiettivi del progetto “Sportello di ascolto”;

-[ ] di aver firmato il consenso informato presente sul sito che permette ai loro figli di accedere liberamente allo sportello (solo per la secondaria);

-[ ] di NON aver firmato il consenso informato presente sul sito che permette ai loro figli di accedere liberamente allo sportello (solo per la secondaria);;

-[ ]di essere favorevoli, qualora i docenti riscontrassero la necessità, ad interventi dello psicologo in classe;

-[ ]di NON essere favorevoli, qualora i docenti riscontrassero la necessità, ad interventi dello psicologo in classe;

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della madre Firma del padre

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Logo rocca | **Istituto Comprensivo di Scuola dell’Infanzia–Primaria-Secondaria I grado e**Via Roma, 22 tel. 0583 62342– 62153 Fax 0583 - 644673[www.iccastelnuovo.edu.it](http://www.iccastelnuovo.edu.it) e-mail luic827008@istruzione.it**Castelnuovo di Garfagnana (Lucca)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  Logo_EFQM_Levels |