**ISTITUTO COMPRENSIVO di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MODULO DI AUTORIZZAZIONE – SPORTELLO GENITORI**

*Noi sottoscritti:*

*Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

*Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

*Genitori dell’Alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

*Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Ricevute tutte le informazioni necessarie rispetto alle modalità ed alle finalità del Servizi, come da richiesta dell'Istituto Comprensivo,*

*⁭***AUTORIZZIAMO** *⁭***NONAUTORIZZIAMO**

La Dr.ssa Veronica Tresoldi, Psicologa Clinica iscritta all’Ordine degli Psicologi della Lombardia (n° 03/13590), a redigere una scheda a scopo statistico da condividere con il Dirigente Scolastico per la valutazione del servizio offerto.

*⁭***AUTORIZZIAMO** *⁭***NONAUTORIZZIAMO**

La Dr.ssa Veronica Tresoldi, Psicologa Clinica iscritta all’Ordine degli Psicologi della Lombardia (n° 03/13590), a redigere e a condividere con la scuola (Dirigente Scolastico ed Insegnanti di Classe) una relazione scritta sintetica riguardante il contenuto dei colloqui effettuati.

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 *Firme:*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Madre*