MODULO DI AUTORIZZAZIONE

COLLOQUI STUDENTI con PSICOLOGA

Noi sottoscritti:

Padre: _____

Madre: _____

Genitori dell'Alunno/a _____

Frequentante la Classe _____ *presso la Scuola* _____ *di* _____

☐ **AUTORIZZIAMO** ☐ **NON AUTORIZZIAMO**

Un eventuale accesso di nostro/a figlio/a, qualora lo richieda, al servizio di ascolto psicologico a scuola nel corso del corrente anno scolastico.

La dott.ssa Gatti potrà condividere con famiglia e scuola, in forma orale o telematica, le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell'alunno e per la promozione del suo benessere personale e scolastico.

_____, _____

Firma genitore 1 _____ *Firma genitore 2* _____