

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| Spazio riservato all'ufficio: | |
| Ricevuto in data: _____ | Protocollo n. _____ del _____ |
| Annotazioni: _____ | |
| _____ | |

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IT “Saffi/Alberti”
Via F. Turati 5
44121 Forlì (FC)**

Oggetto: Consenso alla partecipazione attività “sportello di ascolto” – a.s. 20____/20____

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di genitore/tutore
dell'alunno/a _____ nato/a a _____ (____)
il _____ ed iscritto/a per l'a.s. 20____/20____ alla classe _____ sezione _____
indirizzo email per le comunicazioni _____
recapito telefonico _____

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

alla partecipazione del proprio figlio/a al Progetto “Sportello di Ascolto”, avendo
presa visione circolare n. _____ del _____

Con la presente dichiara inoltre di aver preso visione della circolare sopra citata indicante le modalità e lo
svolgimento dell'attività in oggetto.

Forlì (FC), li _____

Firma dei Genitori

Annotazione:

Gli alunni sprovvisti della suddetta autorizzazione NON potranno accedere alle attività di sportello d'ascolto.

La presente Autorizzazione è da consegnare al DOCENTE COORDINATORE DI CLASSE entro il termine
indicato dalla circolare sopra citata.