**Modello di autorizzazione colloquio individuale progetto “Sportello di ascolto”**

 Al Dirigente Scolastico

I.C. Castellabate

 I sottoscritti.……….………………………………………………………………………………., genitori (esercitanti la potestà genitoriale) dell’alunno/a……………………………………………

Frequentante la classe …… sez. ……., preso atto del progetto “Sportello di ascolto “ e della relativa informativa ( pubblicazione sul sito della scuola),

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/ ad usufruire degli incontri individuali con la psicologa Dott.ssa Apolito Ester , esperta esterna del Progetto “Sportello di ascolto”.

Castellabate, …………………………

 ……………………………………….

 ……………………………………….

 (firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale)