|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE****“P. Giannone – E. De Amicis”**C.so Giannone, n°98 – Caserta | C:\Users\utente\Downloads\logo giannone DE AMICIS bordò 1.jpg |

**Autorizzazione**

Il/La sottoscritto…………………………………… genitore/affidatario dell’alunno………………………………………….

nato a……………………………..Il ………………………..frequentante la classe………………sez………. dell’Istituto

“P.Giannone-E.DeAmicis”, informato dell’attivazione di uno sportello ascolto

 Si, aderisco no, non aderisco

Al progetto “sportello ascolto” e agli incontri con psicologi-psicoterapeuti soci dell’associazione Giunone.

**Caserta, Firma dei genitori**

 **------------------------------------**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**