

AUTORIZZAZIONE CONSULENZA PSICOLOGICA PRESSO SPORTELLO D'ASCOLTO
(GENTIORI E PERSONALE SCOLASTICO)

Il/la sottoscritto/a nato il a..... prov.....
residente ain viaProv

In qualità di:

- genitore;
- docente;
- dipendente ATA dell'amministrazione;

chiede con piena consapevolezza di avvalersi e poter accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Ilaria Silvi, presso lo Sportello di ascolto.

Fornisce quindi a tal fine i seguenti recapiti personali per predisporre appuntamento con il professionista:

Telefono: e-mail:

Luogo e data

Firma

La presente autorizzazione ha validità sino al termine dell'anno scolastico.