

	Istituto Comprensivo Statale "BEATO ANGELICO"	
Via Leoncavallo 12 – 50127 FIRENZE Tel.055362535 – 055350238 -FAX 055366835 http://www.dicambiobeatoangelico.it/ E-mail: fiic86000c@istruzione.it – beatoang@tin.it Pec: fiic86000c@pec.istruzione.it C.F. 94202760487		

AUTORIZZAZIONE per l'utilizzo dello sportello di ascolto

Il sottoscritto _____ genitore/affidatario
 dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____ scuola _____

AUTORIZZA

Il/La proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la
 dott.ssa V. Biondi (sportello di ascolto)

Data: _____

* FIRMA _____

* FIRMA _____

* è richiesta la firma di entrambi i genitori