|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\803432rr\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Word\Intestazionesuperiore1413355075138.png | **LICEO CLASSICO LINGUISTICO E SCIENZE UMANE “B. R. MOTZO”****VIA DON STURZO, 4 - 09045 QUARTU SANT’ELENA (CA)****Codice Fiscale** 92168540927 – **Codice Ministeriale:** capc09000e**Telefono centralino** 070825629capc09000e@istruzione.it - capc09000e@pec.istruzione.it**Codice Univoco: UFAGLG** |  |

LIBERATORIA

AUTORIZZAZIONE ACCESSO AL SERVIZIO

SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO

I sottoscritti

genitori dell’alunna/o

 frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con la sottoscrizione della presente, dichiarano di essere a conoscenza dell’attivazione dello Sportello d’Ascolto Psicologico per i ragazzi frequentanti il Liceo Classico Linguistico e Scienze Umane “B.R.Motzo”.

Pertanto:

* autorizzano
* non autorizzano

la/il propria/o figlia/o a usufruire di tale servizio tenuto in orario scolastico dagli psicoterapeuti all’uopo nominati.

Firma dei Genitori

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quartu Sant’Elena, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_