|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intestazionesuperiore1413355075138 | **LICEO CLASSICO LINGUISTICO E SCIENZE UMANE “B. R. MOTZO”**  **VIA CABOTO, 7 - 09045 QUARTU SANT’ELENA (CA)**  **Codice Fiscale** 92168540927 – **Codice Ministeriale:** capc09000e  [capc09000e@istruzione.gov.it](mailto:capc09000e@istruzione.gov.it) - [capc09000e@pec.istruzione.it](mailto:capc09000e@pec.istruzione.it) |  |

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, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_