|  |
| --- |
| AUTORIZZAZIONE SPORTELLO DI ASCOLTO  FEDERAZIONE FARERETEONLUS IN COLLABORAZIONE con l’associazione Onlus Cassiopea  PROGRAMMA “Rete Nuova Cittadinanza”  Iniziativa: “Oltre le barriere: contro il pregiudizio, la discriminazione e l’esclusione sociale” |

|  |
| --- |
| Al Dirigente Scolastico Istituto Istruzione Superiore “C. e N. Rosselli” Aprilia (LT) |

|  |
| --- |
| Oggetto: autorizzazione sportello di ascolto |

|  |
| --- |
| Io sottoscritto ………………………………………………………………………………….  genitore dell’alunna/o……………………………………………………………….………..  regolarmente iscritta/o alla classe …………… Sez …….. del CORSO ………………..….………….a.s. 2017/2018  autorizzo mio/a figlio/a  a partecipare allo sportello di ascolto tenuto dalla Palombo Anna. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organizzazione** | | |
| **Calendario / orario** | Inizio sportelli giorno 8 novembre 2017 | 14,15 – 16,15 |
| **periodo** | Ogni primo e terzo lunedì del mese | |
| **luogo** | ALA OVEST | |
| Docente referente | Prof. Ssa Vento Sabrina | |

|  |  |
| --- | --- |
| Aprilia …………………………… | Firma  ……………………………………. |