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

|  |
| --- |
| Al Dirigente ScolasticoIstituto 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. 2017/2018autorizzo 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……………………………………. |