

AUTORIZZAZIONE
SPORTELLO DI ASCOLTO DOTT.SSA ORENGO ANTONELLA

Al Dirigente Scolastico
Istituto Istruzione Superiore "C. e N. Rosselli"
Aprilia (LT)

Oggetto: autorizzazione sportello di ascolto tramite Skype

Io sottoscritto
genitore dell'alunna/o.....
regolarmente iscritta/o alla classe Sez. del CORSOa.s.
2019/2020

presa visione dell'informativa relativa allo Sportello di Ascolto

AUTORIZZO

mio/a figlio/aa usufruire di tale servizio.

Organizzazione	
Calendario/orario	Dal mese di marzo
periodo	Marzo-giugno
luogo	Skype
REFERENTE ESTERNA	Dott.ssa Orenco Antonella
Docente referente	Prof.ssa Vento Sabrina

Aprilia

Firma

.....