|  |
| --- |
| DISSENSO ALLA PARTECIPAZIONE Progetto “Psicologi in ascolto” |

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

|  |
| --- |
| Oggetto: Dissenso alla partecipazione al progetto “Psicologi in ascolto” |

|  |
| --- |
| Io sottoscritto ………………………………………………………………………………….  genitore dell’alunna/o……………………………………………………………………..  regolarmente iscritta/o alla classe …………… Sez. ……. del CORSO ………………..….………….a.s. 2021/22  non autorizzo mio/a figlio/a  a partecipare all’incontro con la dott. ssa Orengo |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organizzazione** | | |
| **Calendario/orario** |  | In orario antimeridiano |
| **periodo** | ottobre - novembre2021 | |
| **luogo** | Classi biennio | |
| Docente referente | Prof.ssa Vento Sabrina | |

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