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

|  |
| --- |
| Al Dirigente ScolasticoIstituto 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. 2021/22non 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……………………………………. |