|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Istituto Tecnico Statale ad Ordinamento Speciale**Via S. Dionigi, 36 - 20139 MILANOTel. 02 5391391 - - mail. mitf19000b@istruzione.it Cod. MITF19000B - Cod. Fisc. 80108630155www.itsosmilano.edu.it |  |

LIBERATORIA

AUTORIZZAZIONE ACCESSO AL SERVIZIO

SPORTELLO D’ASCOLTO PSICOLOGICO

I sottoscritti

genitori dell’alunna/o

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con la sottoscrizione della presente, dichiarano di essere a conoscenza dell’attivazione dello SPORTELLO PEDAGOGICO E PSICOLOGICO DI CONSULENZA, SUPPORTO E COUNSELING RIVOLTO A STUDENTI E FAMIGLIE a cura dell’Associazione familiare conVoi onlus per i ragazzi frequentanti l’ITSOS e il Liceo Artistico Albe Steiner di Milano.

Pertanto:

* autorizzano
* non autorizzano

la/il propria/o figlia/o a usufruire di tale servizio dagli psicoterapeuti all’uopo nominati.

 Firma dei Genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Milano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_