



## LIBERATORIA

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
Carlo Alberto dalla Chiesa

ALUNNO\A (cognome) ..... (nome).....

Classe .....sez.....

SCUOLA DELL'INFANZIA

SCUOLA PRIMARIA

SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

I sottoscritti, padre dell'alunno (cognome) ..... (nome).....

E madre (cognome) ..... (nome).....

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

la psicologa dott.ssa R. Distefano e la pedagoga dott.ssa M.T.R Maricchiolo, esperte incaricate dal Comune di San Giovanni la Punta, quali operatrici dello Sportello d'Ascolto psico-pedagogico per l'anno scolastico 2017/18, a incontrare il/la proprio/a figlio/a. Tali incontri hanno lo scopo di fornire un supporto ai minori ed alle loro famiglie.

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA PADRE \_\_\_\_\_

FIRMA MADRE \_\_\_\_\_