AUTORIZZAZIONE ALLA FRUIZIONE DELLO SPORTELLO D'ASCOLTO

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitori/tutore dell'alunn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ del Liceo Scientifico “N. Palmeri” di Termini Imerese, informati circa l'attivazione di uno sportello d'ascolto disponibile in orario antimeridiano presso l'Istituzione scolastica oppure in modalità telematica, autorizzano \_\_ l \_\_ propri\_\_ figli\_\_ ad usufruirne qualora ne ravvisi l'opportunità.

Il suddetto sportello d'ascolto rientra nel P.T.O.F. dell'Istituzione scolastica e sarà tenuto dalla psicologa dott.ssa Nadia Barbagallo del SER.T. e/o dallo psicologo/psicoterapeuta dott. Salvatore Monti, oppure da altro professionista abilitato, allo scopo di promuovere il benessere degli studenti.

La presente autorizzazione si intende resa anche per gli anni scolastici futuri, ma è revocabile in qualsiasi momento con comunicazione di segno opposto.

Termini Imerese, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**