**Autorizzazione**

Il/la sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_autorizza suo/a figlio/a partecipare al **Progetto di Educazione all’Affettività e Sessualità** (che rientra **nel Piano Regionale di Educazione alla Salute)** tenuto dalla dott. De Leonardis, dal dott. Forcella e dalle ostetriche della ASL FG3.

Foggia, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

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