**Modello di autorizzazione del genitore per l’alunno minorenne**

*(da consegnare al docente referente in sede di primo colloquio o spedita via mail all’indirizzo antoniettapistone@liceogmarconi.it)*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_\_\_\_

autorizzo mio figlio/a a frequentare lo Sportello di Counseling Scolastico tenuto dalla professoressa Antonietta Pistone in orario mattutino e/o pomeridiano, e comunque nelle modalità che saranno preventivamente concordate con la docente referente.

Data

Firma del genitore