I sottoscritti Cognome e nome del padre ……………………………………………… Cognome e nome della madre ………………………………………………, genitori dell’alunno/a ....................................... classe .................... in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore: (barrare la casella relativa alla propria scelta)

□ACCONSENTIAMO

□ NON ACCONSENTIAMO

Alla partecipazione di nostro/a figlio/a agli incontri di presentazione del Progetto Servizio di prevenzione, ascolto e intervento psicologico da parte della Dott.ssa Veronica Satalino e del Dott. Mirko Cario

Firma del padre ……………………………………………………..

Firma della madre…………………………………………………..

Data …………………