

	 Ministero dell'Istruzione e del Merito Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia <b>ISTITUTO COMPRESIVO "EUROPA UNITÀ"</b> Via Varzi n. 13 - 20044 ARESE (MI) - C.F. 93545210150 C.M. MIIC8EB004 Tel. 02-93583110 - Sito: <a href="http://www.iceuropaunita.edu.it">www.iceuropaunita.edu.it</a> Cod. Univoco: UFPDI4 Email: <a href="mailto:miic8eb004@istruzione.it">miic8eb004@istruzione.it</a> PEC: <a href="mailto:miic8eb004@pec.istruzione.it">miic8eb004@pec.istruzione.it</a>	
---	--	---

**SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO "L. DA VINCI" – ARESE**

**SPORTELLO DI ASCOLTO: AUTORIZZAZIONE**

I sottoscritti genitori/tutori/affidatari

dell'alunno/a .....

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola secondaria di I grado "L. Da Vinci" di Arese

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

il proprio figlio/a ad utilizzare il servizio **"Sportello di ascolto"** attivato presso la scuola "L. da Vinci" e gestito dagli psicologi del COSPES di Arese.

Lo sportello è finalizzato a dare agli alunni una possibilità di confronto a scuola con una persona esperta di tematiche della crescita.

La presente autorizzazione ha validità per tutta la durata del ciclo di studi; potrà essere revocata in ogni momento con comunicazione scritta da inviare via e-mail all'Istituto.

Firma (\*) ..... Firma (\*).....

*Firme dei genitori esercenti la potestà genitoriale/tutori/affidatari*

Data: Arese, .....

**(\*) Firma del genitore o di chi esercita la potestà. Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la scelta effettuata, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la firma sia di un solo genitore, si intende che la scelta è stata condivisa.**