

**AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE  
ALLO SPORTELLLO SPAZIO - ASCOLTO Anno Scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_**

Noi sottoscritti,

(padre) \_\_\_\_\_ (madre) \_\_\_\_\_

Genitori dell'Alunno \_\_\_\_\_, frequentante la

Classe \_\_\_\_\_, Sez. \_\_\_\_\_ della Scuola secondaria di primo grado di

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZIAMO** nostra/o figlia/o

(indicare nome e cognome)

\_\_\_\_\_

a partecipare alle attività dello Sportello di Spazio - Ascolto.

Data,.....

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_