

**Consenso partecipazione Sportello di Ascolto Psicologico rivolto agli studenti**

**da firmare a cura dei genitori**

I sottoscritti ……………………………………………………….. e ………………………………………………………………………………....

genitori dell’alunno/a …………………………………………………………………… frequentante la classe /sezione…………

del Liceo Statale “Pascasino” di Marsala (TP)

AUTORIZZANO

il proprio figlio/la propria figlia ad usufruire delle prestazioni professionali della Dott.ssa Daniela Medusa, nell’ambito del Progetto “Sportello di Ascolto”, attivato dall’Istituto per l’anno scolastico 2024/2025.

Marsala………………………………………….

 Firma………………………………………………

 Firma……………………………………………..