

 

**AMBITO 0016 - DR Campania Ambito NA-16**

**ISTITUTO COMPRENSIVO “1° PAOLO DI TARSO”**

**Presidenza, Uffici di Segreteria e Scuola Secondaria di 1° Grado**

**Via Risorgimento 120 - 80070 Bacoli (Na) |** Tel/fax 0814242284

Plesso **Marconi** Via Roma, 188 – tel. 081 18514682 | Plesso **Guardascione** - Via Guardascione – tel. 081 18514424

Plesso **Miseno** - Via Plinio il Vecchio – tel 081 18512809

 Plesso **Baia** - Via Lucullo, 96 – tel. 081 8549784/081 8040240 | Codice Fiscale: 96029300637 |

Codice Mecc.: NAIC8DZ00T | Email: naic8dz00t@istruzione.it | Web: [www.icpaoloditarso.gov.it](http://www.icpaoloditarso.gov.it)

**PEC:** **naic8dz00q@pec.istruzione.it** **- Codice Univoco ufficio: UFVGZC**

**MODULO DI AUTORIZZAZIONE**

Partecipazione alle attività di classe proposte dal progetto “Sportello di ascolto a scuola” condotte dalla Psicologa Dott.ssa Diana Massa.

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore della

minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe\_\_\_Sez\_\_\_\_\_\_

Esprimo il consenso affinché mio figlio/a partecipi con la classe alle attività psicoeducative svolte dalla psicologa.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

---------------------------------