

## AUTORIZZAZIONE PER ACCEDERE ALLO SPAZIO ASCOLTO

I sottoscritti genitori.....(padre dell'alunno)  
e .....(madre dell'alunno),  
esercanti la patria potestà dell'alunno/a .....  
della classe.....sez.....indirizzo.....,

DICHIARANO di essere a conoscenza del servizio di SPAZIO ASCOLTO nell'anno  
scolastico.....presso l'Istituto Nightingale di  
Castelfranco Veneto(TV) e quindi

**AUTORIZZANO** \_\_\_\_\_

**NON AUTORIZZANO** \_\_\_\_\_

il figlio/figlia, qualora ne senta la necessità, a rivolgersi allo spazio ascolto( CIC).

FIRMA DELLA MADRE

FIRMA DEL PADRE

.....

.....

Castelfranco, .....