

All'attenzione del Dirigente Scolastico
I.C.1 "A. Salvetti"

e p.c. alla Dott.ssa Silvia Stiaccini

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
e io sottoscritta _____
nata a _____ il _____
in qualità di genitori del minore _____
nato a _____ il _____
frequentante la classe _____ sez. _____
della Scuola _____
presso Istituto Comprensivo 1 di Colle di Val d'Elsa

in virtù della potestà genitoriale

DIAMO IL CONSENSO

a che nostro figlio/a usufruisca nell'a.s. 2023/2024 delle prestazioni professionali della
Dott.ssa Silvia Stiaccini Psicologa scolastica, in merito a:

- valutazione/potenziamento del livello degli apprendimenti scolastici
- colloqui di consulenza psicologica

Nel caso in cui, nell'arco dell'anno scolastico, non ritenessimo più necessario tale Servizio e volessimo ritirarne il consenso, siamo tenuti a farlo tramite apposita comunicazione in forma scritta.

Colle Val d'Elsa, _____

Firme dei genitori

