

Al Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Livia Tammaro

Autorizzazione sportello di consulenza psicologica on-line per minori

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno \_\_\_\_\_  
Classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ chiedo che mio figlio/a possa usufruire dello sportello  
di ascolto nella modalità telefonica o on-line previsto nel progetto "psicologia scolastica" e autorizzo  
l'incontro virtuale con la Dott.ssa Chiara Caprara.

Luogo \_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inoltare il modulo sottoscritto a [chiaracaprara@teletu.it](mailto:chiaracaprara@teletu.it), o via whatsapp al 347/9348449.