

Al Dirigente Scolastico  
IC Piazza Costa

*(tagliando da compilare e consegnare al coordinatore di classe)*

---

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

della classe \_\_\_\_\_ autorizzo mio figlio a recarsi, durante l'orario scolastico, allo Sportello Psicologico.

Firma del genitore

---