AUTORIZZAZIONE PER SPORTELLO D’ASCOLTO PER GENITORI

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore dell’alunno

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CHIEDO

di fissare un appuntamento con la Dott.ssa Francesca Ammogli tramite mail (dottoressafrancesca.ammogli@gmail.com) al fine di poter usufruire dello sportello d’ascolto in presenza ℅ la scuola secondaria di primo grado Raffaello Motto:

(inserire nello spazio l’indirizzo di posta elettronica utilizzato)

FIRMA DEL GENITORE RICHIEDENTE