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](mailto: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