**Oggetto: autorizzazione consulenza Sportello ascolto del Liceo**

Al Dirigente scolastico del Liceo “Vittorio Emanuele II - Garibaldi”

N A P O L I

Il

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_ presa visione della circ. n° 8854/B2 del 26/XI/2014 pubblicata all’albo pretorio del sito WEB dell’Istituto,

AUTORIZZA

il proprio figlio/a ad usufruire del servizio dello Sportello Ascolto in caso di necessità.

Napoli, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_