**ISTITUTO PARITARIO**

**“F. HEGEL“**

**LICEO SCIENTIFICO – LICEO CLASSICO – LICEO LINGUISTICO – LICEO DELLE SCIENZE UMANE – ITE AFM**

**RMPS56500L – RMPC55500V – RMPL00500B - RMPMIO5006 - RMTD78500B**

 Via A. Bacciarini, N° 35 – 00167- Roma

Distretto Scolastico XXVI°-C.F. 09431301002 P.I. Hegel

##### Telefono: 0639754743 – 0639760077 Fax: 0639754995

🖂istitutoscolasticohegel@yahoo.it

I sottoscritti genitori (padre)…………………………………………………………..………….…………… (madre)………………………………………………………………………………..esercenti la patria potestà sull’alunno/a………………………………………………..…… .…della classe……….. Sez. ……. dichiarano di aver ricevuto comunicazione in merito allo sportello di ascolto psicologico tenuto dalla Dott.ssa Morgillo Teresa e (barrare ciò che interessa)

**AUTORIZZANO NON AUTORIZZANO**

 il/la sopracitato/a alunno/a, a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo “sportello” tenuto presso codesto Istituto

Roma, ………………………..

FIRME

………….………………………………………………………

………………………………………………………………….