OGGETTO: AUTORIZZAZIONE CONSULENZA ALUNNO/A CON OPT (Operatore Psicopedagogico Territoriale)

I sottoscritti .…………………………………………………… e …………………………………………………..., genitori (esercitanti la potestà genitoriale) dell’alunno/a …………………………………………… frequentante, nell’a.s. 2024/2025, la classe …… sez. ……. della scuola…………………. preso atto che l’Istituzione Scolastica è inserita nel progetto dell’USR-Sicilia per il contrasto dei fenomeni della dispersione scolastica

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a al colloquio individuale con l’Operatore Psicopedagogico territoriale incaricato dall’Osservatorio di Area “Distretto 10” Dott.ssa Patrizia Azzarello.

(luogo e data) ……………………

……………………………………….

……………………………………….

(firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale)