**Modulo richiesta consulenza psicologica per alunno**

 Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Ceprano

I sottoscritti,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (padre) e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (madre),

genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , frequentante la classe \_\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

con la presente

RICHIEDONO E AUTORIZZANO

per il/la proprio/a figlio/a

la consulenza psicologica della Dott.ssa Giovanna Federici,finalizzata ad operare osservazioni e valutazioni e ad intervenire per quanto di competenza.

Ceprano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dei genitori

 o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_