**Allegato 1**

**Al Dirigente scolastico**

**IC Diamante**

**Autorizzazione alla partecipazione allo Sportello Psicologico**

*I SOTTOSCRITTI GENITORI DELL’ALUNNO/A……………………………………………………..*

*FREQUENTANTE LA CLASSE ……………. SEZ…………………… DELL’ISTITUTO*

*COMPRENSIVO DI DIAMANTE, PLESSO DI ………………………………………………..*

***AUTORIZZANO***

*IL PROPRIO FIGLIO/A A USUFRUIRE DEL SERVIZIO MESSO A DISPOSIZIONE DALLA SCUOLA E PARTECIPARE ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO.*

*I SOTTOSCRITTI DICHIARANO DI ESSERE CONSAPEVOLI CHE LO SPORTELLO PSICOLOGICO NON HA NATURA CLINICA NÉ TERAPEUTICA MA SI CONFIGURA ESCLUSIVAMENTE COME CONSULENZA, SUPPORTO ED ORIENTAMENTO.*

*L’AUTORIZZAZIONE SI INTENDE RILASCIATA PER IL CORRENTE ANNO SCOLASTICO.*

*………………………..,Lì………………….. Firma………………………………………*

*Firma……………………………………..*