

**MODULO DOCENTE**

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

Il docente \_\_\_\_\_ è informato sui punti in merito all'intervento psicopedagogico attivato dalla Sportello Scolastico da parte della Dott.ssa Erina Eulalia Tucci Psicologa Scolastica e la Dott.ssa Troiano Rosanna Pedagogista clinica , e presta/prestano il consenso allo svolgimento delle suddette attività.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma**

Il docente \_\_\_\_\_