

MODULO GENITORI

Il Signor _____ e la Sig.ra _____ sono informati 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.

GENITORE

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

GENITORE

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

Luogo e data _____

Firma

Sig. _____

Sig.ra _____