**LIBERATORIA PER L’INTERVENTO DI CONSULENZA PSICOLOGICA INDIVIDUALE**

I sottoscritti…….…….………………..………………………………………………………………………………………………………… genitori dell’alunno/a..……………………..........................................................................................................frequentante la classe/sezione……………………………………………………………….……. della scuola secondaria/primaria/dell’infanzia di……………………………………………….................………………………………………… chiedono di fruire dell’intervento di psicologia scolastica programmato dalla scuola per il/la proprio/a figlio/a nell’a.s. ………….………………..…..

Luogo, data Firma

 ……………………………………… ……..……………………………………

 …………..………………………………