

I signori \_\_\_\_\_ in qualità di  
esercenti la potestà genitoriale/tutoria sul/sulla minore \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e frequentante la classe  
\_\_\_\_\_, presa visione delle informative di seguito allegate (crocettare la  
propria scelta)

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la minore, a partecipare agli interventi di gruppo in classe della Psicologa, Dr.ssa  
Colombo Claudia.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma leggibile degli esercenti la potestà genitoriale/tutoria

-----

-----