

 <p>LICEOCRESPI CertINT® 2012</p>	 <p>ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA "DANIELE CRESPI" <i>Liceo Internazionale Classico e Linguistico VAPC02701R</i> <i>Liceo delle Scienze Umane VAPM027011</i> Via G. Carducci 4 – 21052 BUSTO ARSIZIO (VA) Tel. 0331 633256 - Fax 0331 674770 www.liceocrespi.edu.it E-mail: lccrespi@tin.it C.F. 81009350125 – Cod.Min. VAIS02700D</p>	
 <p>FONDI STRUTTURALI EUROPEI</p>  <p>pon 2014-2020</p>  <p>Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Dipartimento per la Programmazione Direzione Generale per Interventi in materia di attività scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale Ufficio IV</p> <p>PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)</p>		
<p>REV. 05 01/09/2017</p>	<p>AUTORIZZAZIONE CIC</p>	<p>ACI 7.5.10^6</p>

SERVIZIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA

Busto Arsizio, Settembre

Noi sottoscritti, genitori didella classe....., siamo a conoscenza dell'esistenza dell'attività ambulatoriale di consulenza psicologica realizzata all'interno della scuola per autorizzare nostro/a figlio/a ad accedere in caso di necessità ai servizi attivati (ai sensi dell'art. 316, comma 2 del c.c. e art. 24 cod. deont. Psicologi).

AUTORIZZIAMO

NON AUTORIZZIAMO

In fede.

*FIRMA DEL PADRE

*FIRMA DELLA MADRE

(la presente dichiarazione è valevole per tutti gli anni di iscrizione al suddetto Istituto. Si chiede di comunicare preventivamente ogni futuro cambio di decisione)

- * Entrambe le firme sono richieste
- * Per situazioni particolari si prega di contattare il Dirigente Scolastico