



Comune di Locate di Triulzi



Ist. Comp. Statale. "Don Milani"



lare

e restituire firmato da ENTRAMBI i genitori.

I sottoscritti genitori/esercanti la responsabilità genitoriale

_____ e _____
[nome e cognome] [nome e cognome]

dell'alunno/a _____ nato/a a _____
[nome e cognome]

il _____ frequentante la classe ____ sezione _____

presa visione dell'istituzione presso la scuola dello Sportello d'Ascolto Psicologico
"Ascoltare & Orientare"

SCUOLA DELL'INFANZIA

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad essere presente durante le eventuali osservazioni in
classe da parte della dott.ssa Sara CHINNICI.

La dottoressa CHINNICI può essere contattata
per fissare un appuntamento al numero 3479477654
Oppure via e-mail all'indirizzo s.chinnici@alamilano.org

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale
fino al termine degli studi presso la scuola dell'INFANZIA o fino a revoca espressa
in forma scritta, previa prosecuzione dello Sportello Psicologico Ascoltare &
Orientare da parte degli specialisti dott. Luca Pasquarelli e dott.ssa Debora La
Pusata.

Locate di Triulzi, __ / __ / ____

Firma 1 _____ Firma 2 _____



Comune di Locate di Triulzi



Ist. Comp. Statale. "Don Milani"



lare

e restituire firmato da ENTRAMBI i genitori.

I sottoscritti genitori/esercanti la responsabilità genitoriale

_____ e _____
[nome e cognome] [nome e cognome]

dell'alunno/a _____ nato/a a _____
[nome e cognome]

il _____ frequentante la classe ____ sezione _____

presa visione dell'istituzione presso la scuola dello Sportello d'Ascolto Psicologico
"Ascoltare & Orientare"

SCUOLA DELL'INFANZIA

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad essere presente durante le eventuali osservazioni in
classe da parte della dott.ssa Sara CHINNICI.

La dottoressa CHINNICI può essere contattata
per fissare un appuntamento al numero 3479477654
Oppure via e-mail all'indirizzo s.chinnici@alamilano.org

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale
fino al termine degli studi presso la scuola dell'INFANZIA o fino a revoca espressa
in forma scritta, previa prosecuzione dello Sportello Psicologico Ascoltare &
Orientare da parte degli specialisti dott. Luca Pasquarelli e dott.ssa Debora La
Pusata.

Locate di Triulzi, __ / __ / ____

Firma 1 _____ Firma 2 _____