



Al Dirigente Scolastico
Dott.ssa Elena Pignolo
Istituto Luigi Einaudi
PISTOIA

I sottoscritti _____

_____ genitori

dell'alunno/a _____ della classe _____

OPPURE

Il sottoscritto (in caso di alunno maggiorenne) _____

ACCONSENTONO

NON ACCONSENTONO

a che il/la proprio/a figlio/a possa usufruire del Servizio di sportello di ascolto per l'a.s. 2024/2025.

Pistoia, _____

Firma dello studente maggiorenne _____

Firma padre _____

Firma madre _____