



Istituto Superiore Polispecialistico "San Paolo"

[www.isusanpaolo.it](http://www.isusanpaolo.it)

**Al D.S. dell'Istituto Superiore Polispecialistico "San Paolo" di Sorrento**

Il/La sottoscritto/a ..... genitore dell'alunno/alunna  
..... della classe..... , dichiara di acconsentire ad  
una eventuale fruizione del proprio figlio/della propria figlia dello Sportello di ascolto - curato dalla dott.ssa  
Langella N., per un primo intervento orientativo - per l'anno scolastico in corso.

Si allega copia del documento di riconoscimento.

DATA,

Firma del genitore o del tutore Legale

---

Inviare questo modulo all'indirizzo mail **[sportelloascolto@isusanpaolo.it](mailto:sportelloascolto@isusanpaolo.it)**