

	<p><b>Istituto Comprensivo Cantù 1</b>  <b>Ambito Territoriale 11</b>  Via Manzoni, 19 – 22063 CANTÙ tel. 031 712396  e mail: <a href="mailto:coic823008@pec.istruzione.it">coic823008@pec.istruzione.it</a> - <a href="mailto:coic823008@istruzione.it">coic823008@istruzione.it</a>  C.F. 81003810132 – codice univoco: UF1VF2  <a href="http://www.comprensivocantu.edu.it">www.comprensivocantu.edu.it</a></p>	
---	--	---

PROGETTO DI SPORTELLO D'ASCOLTO PER LA PREVENZIONE DEL DISAGIO SCOLASTICO

Modulo / tagliando da **restituire al docente coordinatore.**

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto, ....., genitore  
dell'alunno/a .....  
iscritto presso la Scuola .....  
classe..... sez .....

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Che mio/a figlio/a possa accedere allo "Sportello d'ascolto" operante presso i locali della Scuola per l'anno scolastico 2024/2025.

FIRMA del PADRE

.....

FIRMA della MADRE

.....