

Consenso all'accesso allo sportello di supporto DSA del Liceo Scientifico Antonio Gramsci

I sottoscritti _____ e

_____ ,

in qualità di genitori/tutori/esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a

_____, frequentante la classe _____,

autorizzano

il/la proprio/a figlio/a prenotarsi e ad accedere allo sportello di supporto DSA del Liceo Gramsci con la Prof.ssa Sara Pestelli il giorno _____

Firenze, _____

Firma _____

Firma _____