

**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 \_\_\_\_\_