All’I.Ri.Fo.R

Sez. Provinciale di Cosenza

C.so Mazzini n. 227, Cosenza (CS) 87100

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DICHIARO**

Di voler partecipare al progetto: **“Consulenze psicologiche per il sostegno alla genitorialità”** organizzato dall’I.Ri.Fo.R di Cosenza, essendo genitore dell’alunno/a con disabilità visiva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_