



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "P I T
A G O R A" VIA F.lli Cervi, 4 - 95045
MISTERBIANCO- CT Cod. Mecc.: CTIC88200T-
Cod..Fisc.: 93014730878 E-MAIL:
ctic88200t@istruzione.it- www.icspitagora.edu.it



CIRCOLARE N. 214

Misterbianco, 29/03/2022

ISTITUTO COMPRENSIVO - "PITAGORA"-MISTERBIANCO
Prot. 0003678 del 31/03/2022
I-4 (Uscita)

AI DOCENTI SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO
AI DOCENTI SCUOLA PRIMARIA
AI GENITORI
E p/c
DSGA

OGGETTO: ATTIVAZIONE SPORTELLO-ASCOLTO PSICOLOGICO A SUPPORTO DI STUDENTI E FAMIGLIE DEL NOSTRO ISTITUTO

A partire dal 7 aprile, a giovedì alterni, è attivo lo sportello di ascolto psicologico per i servizi di assistenza e per la prevenzione dell'insorgenza di forme di disagio e/o malessere psico-fisico tra gli studenti.

Sono previste altresì misure di attenzione alla salute e di prevenzione precauzionale indispensabile per una corretta gestione dell'anno scolastico.

Per accedere al servizio gli alunni saranno dotati di un apposito modulo di autorizzazione (allegato alla presente) che deve essere firmato dalle famiglie e custodito dai coordinatori delle singole classi. L'autorizzazione consentirà, qualora gli studenti ne sentiranno il bisogno, di richiedere la prenotazione per un colloquio con la psicologa Dott.ssa Claudia Scuto.

La modalità di richiesta, con il supporto dei docenti, avverrà attraverso l'utilizzo di un'apposita cassetta postale bianca (posizionata al piano terra vicino l'ascensore) dove l'alunno inserirà il proprio nominativo e la classe di appartenenza per essere contattato successivamente dalla specialista, nel rispetto della privacy.

Prof.ssa Giuseppina Maria Licciardello
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3 c. 2 del D. lgs. 39/93)



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "P I T
A G O R A" VIA F.lli Cervi, 4 - 95045
MISTERBIANCO- CT Cod. Mecc.: CTIC88200T-
Cod..Fisc.: 93014730878 E-MAIL:
ctic88200t@istruzione.it- www.icspitagora.edu.it



MODULO AUTORIZZAZIONE AL COLLOQUIO PER GLI ALUNNI

Ai genitori degli alunni si richiede l’invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato da entrambi, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello di Ascolto Psicologico.

I sottoscritti.....
genitoridell’alunno/a.....
frequentante la classe.....sez..... di codesto Istituto, presa visione della Circolare n. prot.
riguardante l’attivazione dello Sportello di Ascolto Psicologico,

PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO

il/la minore ad usufruire del colloquio/colloqui con la Dott.ssa Claudia Scuto, che si svolgeranno in presenza a partire dal 7 aprile, a giovedì alterni, in orario curricolare, dalle ore 11,00 alle ore 13,00.

- Presa visione dell’informativa sulla privacy presente all’interno del sito della scuola alla sezione modulistica /famiglie autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità del servizio in oggetto.

Misterbianco, _____

Firma del padre

Firma della madre

In caso di firma e richiesta da parte di uno solo dei due genitori il firmatario dichiara di essere consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000 e di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316, 337 ter, 337 quarter del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.