



LICEO STATALE 'Antonio Rosmini'

Liceo Linguistico - Liceo delle Scienze Umane
Grosseto



COMUNICAZIONE

**A tutto il personale scolastico,
studenti e famiglie**

Oggetto: ATTIVITA' DI SPORTELLO PSICOLOGICO

Il Ministero dell'Istruzione ha assegnato risorse finanziarie per supportare le istituzioni scolastiche nell'erogazione del servizio in oggetto, nel contesto emergenziale in atto, con l'obiettivo di fornire assistenza psicologica agli alunni, alle famiglie e al personale.

Si offre, dunque, agli studenti, alle famiglie e al personale che ne faranno richiesta la possibilità di avere un colloquio individuale.

Modalità di prenotazione:

irene.scamporrino@rosminigr.edu.it

Disponibile anche per interventi nelle classi previo accordo con il Coordinatore.

Il servizio di ascolto e consulenza inizierà il 17 Gennaio 2022 on line, e proseguirà nell'orario e nel giorno di seguito indicato:

il Lunedì dalle ore 18.00 alle ore 20.00

La psicologa incaricata di svolgere questa attività è la dott.ssa Irene Scamporrino

Si garantisce che gli incontri rispetteranno la privacy, nel rispetto del segreto professionale.

Gli alunni minorenni potranno accedere al servizio solo in presenza della sottostante autorizzazione debitamente compilata e firmata dal genitore e inviata per mail alla Dott.ssa Scamporrino: irene.scamporrino@rosminigr.edu.it

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Gloria Lamioni)**

COMUNICAZIONE_ATTIVITA' DI SPORTELLO PSICOLOGICO.docx

LICEO STATALE 'A. Rosmini' - viale L. Porciatti, 2 - 58100 Grosseto
e-mail grpm01000e@istruzione.it – grpm01000e@pec.istruzione.it
tel. 0564 428710, 22487 - fax 0564 417256 web: <http://www.rosminigr.gov.it> C.F. 80001480534



LICEO STATALE 'Antonio Rosmini'

Liceo Linguistico - Liceo delle Scienze Umane
Grosseto



AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO AL SERVIZIO DI SPORTELLO SCOLASTICO DI ASCOLTO

Noi sottoscritti

Padre (indicare nome e cognome)

Madre (indicare nome e cognome)

Padre: nato il _____ a _____ e residente a _____ in Via _____

C.F. _____ Cellulare _____ eventuale altro recapito telefonico _____

e-mail _____

Madre: nata il _____ a _____ e residente a _____ in Via _____

C.F. _____ Cellulare _____ eventuale altro recapito telefonico _____

e-mail _____

AUTORIZZIAMO nostra/o figlia/o

(indicare nome e cognome) _____

nato/a il _____ a _____ e residente a _____ in Via _____

C.F. _____

a partecipare alle attività dello Sportello di ascolto psicologico negli orari, nei giorni e nei luoghi indicati dalla scuola.

Nello specifico autorizziamo:

- la dott.ssa _____, responsabile del progetto di sportello, al trattamento dei propri dati e dei dati del minore a nostra tutela per gli usi consentiti dalla legge così come letto e compreso nel consenso informato fornitami dal titolare del trattamento;
- la partecipazione del minore a nostra tutela allo sportello individuale di tipo psicologico, presso i locali della scuola.

Grosseto li, _____ Firma del padre _____

Firma della madre _____

Nel caso di firma di un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/ richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.

316, 338 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____