



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO SUPERIORE "TARAMELLI - FOSCOLO"

Liceo Scientifico Statale "T. Taramelli" Via L. Mascheroni, n. 53 - Pavia - Tel. 0382 079982

Liceo Classico Statale "U. Foscolo" Via D. Sacchi, n. 15 - Pavia - Tel. 0382 26886 -

www.liceotaramelli.gov.it - e-mail pvis01100q@istruzione.it

www.liceofoscolo.it - e-mail: classico.pavia@liceofoscolo.it

- C.F. 96073310185 - C.M. PVIS01100Q



3) Nota n. 2575 /C27 - Reg. Circolare: N. 134 del 28.11.2016

A TUTTI gli STUDENTI _____

E per Loro tramite

Ai Sig.ri Genitori

Ai Sig.ri Docenti in Cattedra

Al Personale ATA Albo - Sito Web - Registro di Classe

Oggetto: **Progetto: SPORTELLO DI ASCOLTO - Consulenza Psicologica - a.s. 2016-2017 - Docente Referente Prof.ssa COMINI Chiara**

Si comunica la ripresa dell'attività dello **SPORTELLO D'ASCOLTO** a partire da **MARTEDI^ 29 NOVEMBRE dalle ore 12,00 alle ore 14,00** lo sportello sarà attivato nell'Auletta di RICEVIMENTO (in fondo a Destra Corridoio Segreteria) al 1^ Piano. Il servizio di consulenza psicologica sarà curato come negli scorsi anni **dalla Dott.ssa Anna CINQUINI.**

La Dott.ssa sarà disponibile ad ascoltare gli studenti singolarmente o a gruppi e **le prenotazioni si raccoglieranno presso le Collaboratrici Scolastiche del primo piano (Sig.ra Monica e Sig.ra Graziella) o direttamente dalla psicologa via e-mail:**

sportelloliceofoscolo@gmail.com.

E' opportuno iscriversi con anticipo, raccomandando ai ginnasiali quando finiscono alle ore 12,00, di occupare possibilmente la prima ora di sportello (dalle ore 12,00 alle 13,00); e agli studenti che volessero prenotarsi in orario di lezione di comunicare l'appuntamento al Docente in cattedra. Per eventuali chiarimenti gli studenti possono rivolgersi all'insegnante referente Prof.ssa Chiara COMINI.

L'accesso allo sportello per gli studenti ancora minorenni è possibile previa autorizzazione dei genitori. **Si invitano pertanto i Genitori a leggere l'informativa in materia di trattamento dei dati personali e sensibili sul retro della presente e a restituire, attraverso il proprio figliolo/a debitamente firmata l'autorizzazione.**

Primo Calendario dello sportello: di Martedì: 29 /11 - 13/12 - 10/01 - 24/01 - 07/02 - 21/02 - 07/03 - 21/03 - 04/04.

(le date successive saranno comunicate all'Albo e sul Sito WEB appena disponibili)



Il Preside
(Prof. Dario CODEGONI)

Da ritagliare e restituire alla segreteria entro

Il/La sottoscritt _____

Genitore dello/a Studente/ssa _____ Classe _____ Sez. _____

vista la Circ. n. 134 del 28.11.2016 n. 2575/A15; acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati sensibili di cui all'art. 4 comma 1 lett. D, nonché art. 26 del D.Lgs.n. 196/2003; dichiaro di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoriale nei confronti del minore e:

autorizzo

non autorizzo

l'eventuale accesso spontaneo del figlio minorenne allo spazio di ascolto psicologico per i colloqui di consulenza psicologica breve.

Data _____ firma _____