

Agli Alunni e per il loro tramite
Ai Genitori
Ai Docenti
Ai Coordinatori di Classe

Ai Personale ATA

E p.c. Alla Commissione CIC
Allo Staff Dirigenziale
Al DSGA

COMUNICAZIONE N. 105

OGGETTO: servizio CIC - attivazione supporto psicologico "Sportello Ascolto"

Si comunica che è operativo il servizio CIC, curato dalle **Prof.sse Orabona T., Terrana G. e Cinquegrana M.**, con la relativa attivazione del supporto psicologico "Sportello Ascolto" da parte di specifico Esperto che sarà presente a scuola almeno una volta a settimana (mercoledì e/o venerdì).

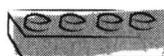
Si invitano, pertanto, gli alunni e i docenti, in particolare i Coordinatori di classe, a **segnalare** alle suddette Referenti, **eventuali situazioni di disagio vissuto/rilevate**, onde programmare e predisporre gli interventi da porre in essere per fornire il necessario supporto informativo, ovvero psicologico, previa acquisizione di autorizzazione da parte dei genitori, come da modello allegato.

Si precisa che lo "Sportello Ascolto" nell'ambito delle misure messe in atto per affrontare la mitigazione COVID-19 è esteso anche ai genitori e al personale scolastico che ne avesse necessità.

Per ogni ulteriore informazione e/o prenotazione rivolgersi alle Referenti CIC – Prof.sse Orabona, Terrana e Cinquegrana. Si confida nella fattiva e sperimentata collaborazione.



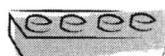
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Giuseppe Manica



Amm. Finan
e Marketing



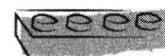
Grafica e
Comunicazione



Serv. per la San.
e Ass. Sociale



Servizi Commerciali



Turismo

Consenso informato per l'accesso del minore allo "Sportello Ascolto"

In riferimento alla specifica comunicazione del DS di attivazione dello "Sportello Ascolto" – supporto psicologico presso l'Istituzione Scolastica, i sottoscritti _____ genitori/affidatari dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____, frequentante _____ la _____ classe _____ sez _____, recapiti telefonici _____, presa visione della stessa _____,

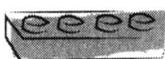
AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con l'Esperto/a Psicologo individuato dalla Scuola.

Data _____ in fede firma (entrambi i genitori)

I sottoscritti _____ inoltre, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ESPRIMONO il proprio consenso al trattamento dei dati personali sensibili di mio/a figlio/a.

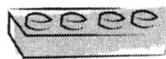
Data _____ in fede firma (entrambi genitori) _____



Amm. Finan
e Marketing



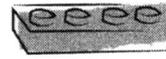
Grafica e
Comunicazione



Serv. per la San.
e Ass. Sociale



Servizi Commerciali



Turismo