Mattei
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
Aversa

I.S.I.S.S. "E. MATTEI"-AVERSA
Prot. 0014284 del 15/11/2023
VII (Uscita)

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

E p.c. Alla Commissione CIC
Allo Staff Dirigenziale

COMUNICAZIONE N. 93

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

Si comunica che è operativo il servizio CIC, curato dalle **Proff. Orabona , Terrana e Mazzarella,** 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.

Per ogni ulteriore informazione e/o prenotazione rivolgersi alle Referenti CIC.
Si confida nella fattiva e sperimentata collaborazione.

ISTITUTO STATALE ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE E. MATTEI AVERSA (CE)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Giuseppe Manica

Amm. Finan e Marketing | Grafica e Comunicazione | Serv. per la San. e Ass. Sociale | Servizi Commerciali | Turismo

Mattei
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
Aversa

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) _____

_____

VIA GRAMSCI - 81031 - AVERSA - DISTRETTO 15 - TEL 081/0081627 - FAX 081/5032831
Cod. Fisc. 90030640610 - Cod. mecc. CEIS027007 - Sito Internet: www.matteiaversa.it - E-mail ceis027007@istruzione.it