LICEO CLASSICO "MEGARA"

Classico - S...

AUGUSTA, VIA S... 10 - 96011

Tel.: 0931-522... 1472368

Codice Fiscale: ... 070006@pec.istru... ...ISTRUZIONE...

Prot. N°
C.I. n° 234.

Augusta, 21 gennaio 2019

- **A tutti i docenti**
- **Alla referente prof. ssa G. Sutera**
- **Ai docenti coordinatori di tutte le classi**
- **A tutti gli alunni**
- **Alle famiglie per il tramite degli alunni**
- **Al Direttore dei Servizi G. e Amm.vi**
- **Ai collaboratori scolastici**
- **Atti**
- **Albo**
- **Sito web**

Oggetto: secondo incontro "Centro di Ascolto" per alunni

Si informano le SS. LL. in indirizzo che il servizio di "Centro di Ascolto" sarà attivo mercoledi 23/01/19 dalle ore 9,15 alle ore 12,15. Si ricorda che i colloqui saranno condotti nella massima riservatezza e nel totale rispetto della privacy dalle Dott.sse Graziana Busso (Psicologa) e Giovanna La Porta (Assistente Sociale), previa prenotazione, tramite biglietti allegati alla presente da inserire nelle cassette per messaggi già presenti nei due plessi dell'Istituto o rivolgendosi alla referente del progetto Prof.ssa Giovanna Sutera. Per i colloqui con l'esperto, per gli alunni minorenni, è necessaria l'autorizzazione dei genitori secondo il modello allegato alla presente circolare, da compilare e consegnare al docente coordinatore di classe. E' possibile richiedere la presenza delle dottoresse anche durante le assemblee di classe.
Si ricorda che la presente circolare e i moduli allegati saranno a disposizione degli alunni nella pagina *Albo d'Istituto* del sito web della scuola *liceomegara.gov.it*.
Il docente presente in classe al momento della notifica di questa circolare annoterà sul registro di classe l'avvenuta comunicazione e l'avvenuta consegna dei moduli.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Renato Santoro

LICEO CLASSICO "MEGARA"

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI PER LA PARTECIPAZIONE
DEL PROPRIO FIGLIO AL CENTRO DI ASCOLTO PSICOLOGICO
(SOLO PER GLI ALUNNI MINORENNI)

I sottoscritti genitori
padre .....
madre .....
dell'alunno/a..... frequentante la classe .... sez. .... del Liceo ..... dichiarano di essere a conoscenza dell'avvio del Centro di Ascolto Psicologico rivolto agli alunni come da C. I. n. ..... pubblicata sul sito della scuola ***www.liceomegara.gov.it*** e **AUTORIZZANO** il/la proprio/a figlio/a a usufruire del Centro qualora ne senta la necessità.

Augusta, _____

Firma del Padre.....

Firma della Madre.....

COMPILARE E CONSEGNARE AL DOCENTE COORDINATORE DI CLASSE

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI PER LA PARTECIPAZIONE
DEL PROPRIO FIGLIO AL CENTRO DI ASCOLTO PSICOLOGICO
(SOLO PER GLI ALUNNI MINORENNI)

I sottoscritti genitori
padre .....
madre .....
dell'alunno/a..... frequentante la classe .... sez. .... del Liceo ..... dichiarano di essere a conoscenza dell'avvio del Centro di Ascolto Psicologico rivolto agli alunni come da C. I. n. ..... pubblicata sul sito della scuola ***www.liceomegara.gov.it*** e **AUTORIZZANO** il/la proprio/a figlio/a a usufruire del Centro qualora ne senta la necessità.

Augusta, _____

Firma del Padre.....

Firma della Madre.....

COMPILARE E CONSEGNARE AL DOCENTE COORDINATORE DI CLASSE