



II COMPRESIVO STATALE ROSSANO (CS)

SCUOLA DELL'INFANZIA – “*Matassa*” tel. 0983516470

- SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO - “*Carlo Levi*” tel. 0983510612

SCUOLA PRIMARIA - “*Monachelle*” Sede Centrale Amministrativa: Via Palermo s.n.c. – 87067 ROSSANO (CS)

C.F. 97028260780 – tel. 0983513502 - email: csic8an00x@istruzione.it

Corigliano Rossano, 12/04/2022

Prot.n. 2152/I.1

A tutte le famiglie
A tutti i docenti
2 I.C. Rossano
Alla prof.ssa Giacotti
Alla DSGA
All'Albo

Oggetto: Progetto “Sportello di ascolto e consulenza psicologica – Emozioni in scena “
Dott.ssa Gallicchio Erica

Si trasmette, in allegato alla presente, il calendario degli incontri relativi allo sportello di ascolto e consulenza psicologica.

Relativamente agli incontri previsti per le mattinate di sabato, gli stessi saranno dedicati alle attività in classe con gli alunni, organizzati dalla prof.ssa Giacotti in base alle richieste pervenute dalle classi/sezioni dell'Istituto.

Le attività pomeridiane saranno riservate agli incontri individuali con alunni, genitori e docenti che ne facciano richiesta, utilizzando l'allegato modello.

In mancanza di richieste, le ore non effettuate saranno recuperate nel periodo settembre - dicembre in orario antimeridiano.

Cordiali saluti



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Celestina D'ALESSANDRO

Prospetto

DATA	ORA
Sabato 9 o 23 aprile	dalle 9:00 alle 13:00
Sabato 30 aprile	dalle 9:00 alle 13:00
Sabato 7 maggio	dalle 9:00 alle 13:00
Sabato 14 maggio	dalle 9:00 alle 13:00
Sabato 21 maggio	dalle 9:00 alle 13:00
Sabato 28 maggio	dalle 9:00 alle 13:00
Sabato 4 giugno	dalle 9:00 alle 13:00
Sabato 11 giugno	dalle 9:00 alle 13:00

DATA	ORA
Giovedì 21 aprile	dalle 14:00 alle 17:00
Giovedì 28 aprile	dalle 14:00 alle 17:00
Giovedì 5 maggio	dalle 14:00 alle 17:00
Giovedì 12 maggio	dalle 14:00 alle 17:00
Giovedì 19 maggio	dalle 14:00 alle 17:00
Giovedì 26 maggio	dalle 14:00 alle 17:00
Mercoledì 1 giugno	dalle 14:00 alle 17:00

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra madre del
minorenne.....
nata a

..... il ____ / ____ / ____
e residente a

.....
in via/piazza
.....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig.padre del
minorenne.....
nato a

..... il ____ / ____ / ____
e residente a

.....
in via/piazza
.....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o
a..... il ___ / ___ / ___

Tutore del minorenni.....in ragione di (indicare
provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a

in via/piazza
.....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore