



Istituto Comprensivo di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria I° Grado

"Leonardo DA VINCI" - Autonomia 158 -

Via Nazionale, snc 84060 Omignano Scalo (SA) - Telef./ Fax 0974/64009

E-mail SAIC866002@istruzione.it C.F. 90009630659 - www.icomignano.it

ISTITUTO COMPrensIVO STATALE - "LEONARDO DA VINCI"-OMIGNANO
Prot. 0000421 del 22/02/2021
08 (Uscita)

Ai Docenti
SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA
AI GENITORI

ALL'ALBO

AGLI ATTI

AL SITO WEB

Oggetto: calendario – Sportello Ascolto

In riferimento alle attività dello Sportello condotto dalla **Dott.ssa Ester Apolito** si comunica quanto segue:

Mese	Giorno	Orario
Febbraio	26	Dalle ore 16 alle ore 19:00

Mese	Giorno	Orario
Marzo	12	Dalle ore 15:00 alle ore 18:00
Marzo	26	Dalle ore 16:00 alle ore 19:00
Aprile	16	Dalle ore 15:00 alle ore 18:00
Aprile	30	Dalle ore 16:00 alle ore 19:00
Maggio	7	Dalle ore 15:00 alle ore 18:00

Le persone interessate sono invitate a presentare la propria manifestazione di interesse alla docente referente per l'inclusività, ins.te Teresa Feola, prenotandosi al seguente indirizzo di posta elettronica istituzionale: teresa.feola.d@icomignano.edu.it telefonando al 0974/64009 restituendo, debitamente compilati, gli allegati modelli c/o gli uffici amministrativi dell'Istituto Comprensivo.

Si allegano, alla presente, i seguenti allegati:

Modello – ALLEGATO A – Richiesta da parte dei Genitori per i propri figli.

Modello – ALLEGATO B – Richiesta del genitore che intende usufruire dello sportello di ascolto.

Modello – ALLEGATO C – Richiesta dei Docenti e personale ATA del servizio attivato.

Nel caso in cui i genitori siano impossibilitati a scaricare e compilare i modelli in allegato, possono rivolgersi alla referente, via e-mail, che provvederà alla compilazione e alla prenotazione.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Loredana NICOLETTI



Il sottoscritto _____

La sottoscritta _____

In qualità di **GENITORI** dell'alunno/a _____

Iscritto/a e frequentante la classe _____ del plesso _____

CHIEDONO

Di poter usufruire **per il/la proprio/a figlio/a** del servizio Sportello di Ascolto Psicologico nel giorno e nell'orario indicato:

DATA		
ORA	DALLE ORE:	ALLE ORE:

OMIGNANO __/__/__

Firma _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DA RILASCIARE IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE:

Il sottoscritto _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA DEL GENITORE _____

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di **GENITORE**

dell'alunno/a _____

Iscritto e frequentante la classe _____ del plesso _____

CHIEDE

Di poter usufruire del servizio Sportello di Ascolto Psicologico nel giorno e nell'orario indicato:

DATA		
ORA	DALLE ORE:	ALLE ORE:

OMIGNANO __/__/__

Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di:- **DOCENTE/ Assistente Amministrativo/ Collaboratore scolastico**

Con contratto a tempo _____

In servizio c/o _____

CHIEDE

Di poter usufruire del servizio Sportello di Ascolto Psicologico nel giorno e nell' orario indicato:

DATA		
ORA	DALLE ORE:	ALLE ORE:

OMIGNANO __/__/__

Firma _____