

Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SUPERIORE "Leonardo Sinisgalli"

Indirizzi associati:

Settore Liceale: Classico e Scienze Umane - Settore Economico: Amministrazione Finanza Marketing e Turismo

Settore Tecnologico: Costruzione Ambiente e Territorio - Istruzione Professionale: Servizi per la Sanità e l'Assistenza Sociale

C.da Rotalupo snc tel. 0973 584195 – Liceo tel. 0973 584368

85038 - SENISE (PZ)

Cod. Mecc.: PZIS01800L - C.F.: 82000290765 - Codice Univoco Fatturazione Elettronica: UFYRP8

Web: www.istsinisgalli.edu.it - e-mail: PZIS01800L@istruzione.it - Pec: PZIS01800L@pec.istruzione.it

I.S.I.S.-"L. SINISGALLI"-SENISE-PZ
Prot. 0007051 del 16/10/2024
V-6 (Uscita)

Agli studenti

Ai docenti

Alle famiglie

Al DSGA

Sito web

Oggetto: Avvio servizio di counseling / sportello di ascolto, a. s. 2024/25

Si informano i destinatari della presente che, al fine di contrastare eventuali forme di disagio e di promuovere il benessere della persona, sarà attivo, **IN PRESENZA**, a far data dal **21 ottobre 2024**, uno Sportello d'Ascolto aperto agli alunni, ai docenti e ai genitori del nostro Istituto.

L'iniziativa ha lo scopo di offrire, in maniera del tutto riservata e gratuita, la possibilità di dialogare e confrontarsi con un esperto di problematiche legate alla gestione degli stati emotivi.

Il servizio di counseling, a cura della dott.ssa Mariantonietta Grisolia, sarà attivo fino al termine delle lezioni.

Gli interessati alla fruizione dello sportello di ascolto potranno effettuare la **prenotazione** attraverso la casella di posta elettronica dedicata servizio.counseling@istsinisgalli.edu.it, a cui avrà accesso esclusivamente l'esperto che, a Sua volta, avrà cura di comunicare, stesso mezzo, la data e l'orario dell'incontro individuale.

Nel caso di più richieste del medesimo alunno, è prevista la rotazione su giornate e orari diversi.

Si precisa che gli alunni non maggiorenni potranno fruire del servizio counseling solo se autorizzati dai genitori attraverso la sottoscrizione del **consenso informato allegato alla presente nota**. Sarà cura dell'esperto, acquisire solamente al primo incontro, l'autorizzazione innanzi citata.

Certa della collaborazione di tutti, si porgono distinti saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Rosa Schettini

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/1993

CONSENSO

PER ACCEDERE ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO, a. s. 2024/25

I sottoscritti....., genitori

dell'alunno/a.....frequentante la classe....., sez....

dell'indirizzo.....

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, IN PRESENZA, durante l'orario scolastico, dello Sportello di Ascolto, attraverso colloqui volontari e gratuiti con l'esperto.

I dati della presente saranno trattati nel rispetto del quadro normativo in materia di protezione dei dati - Regolamento (UE) 2016/679 e d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal d.lgs. n. 101/2018, Codice in materia di protezione dei dati personali.

Data.....

Firma

.....
.....