



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"Evangelista Torricelli"
Via Udine, 7 - MANIAGO (PN)
☎- 0427/731491 Fax 0427/732657
[http:// www.torricellimaniago.gov.it](http://www.torricellimaniago.gov.it)
email: pnis00300q@istruzione.it
pec:pnis00300q@pec.istruzione.it
C.F. 90002460930



Circolare n. 131

Maniago, 18 GENNAIO 2017

**Ai Docenti
Agli Studenti
Ai Genitori**

Oggetto: Sportello di consultazione psicologica.

In continuità con lo scorso anno scolastico, a partire dal mese di Gennaio 2017 il nostro Istituto attiva uno **sportello di ascolto psicologico**, tenuto dal Dottor **Giorgio Rocchetti**.

Le attività di consulenza sono rivolte ai ragazzi frequentanti l'Istituto ed ai loro genitori su problematiche relazionali, problematiche comportamentali legate al periodo di inserimento nella scuola, situazioni di disagio emozionale (orientamento scolastico, metodologia e difficoltà di studio, insuccesso scolastico, rapporto con il gruppo, difficoltà di comunicazione).

Lo Sportello di consulenza psicologica intende fornire supporto agli studenti e loro famiglie secondo un calendario degli incontri di seguito indicato:

GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO
Martedì 24 Venerdì 27	Venerdì 10 Venerdì 17 Venerdì 24	Venerdì 10 Venerdì 17 Venerdì 24	Venerdì 7 Venerdì 14 Venerdì 21	Venerdì 19 Venerdì 26 Martedì 30

Gli incontri saranno fissati con appuntamento.

Per poter accedere al servizio gli studenti dovranno recarsi in segreteria, fissare su apposito modello il proprio appuntamento in base alla disponibilità (data-orario) corrente.

Per i minorenni occorre prima aver consegnato, compilato e firmato dai genitori, il modulo per il consenso informato per prestazioni, allegato alla presente.

**Il Dirigente Scolastico
Piervincenzo Di Terlizzi**

(firma autografa omessa e sostituita a mezzo stampa ex D.Lgs. 3971993, art. 3 c. 2)

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SUPPORTO PSICOLOGO A MINORENNI

I sottoscritti Genitori (madre/ padre) _____ identificato/i mediante documento _____ n _____

Rilasciato da _____ padre /madre del/la minore _____ nato/a a _____ il _____

Identificato/a mediante documento _____ n _____ Rilasciato da _____

frequentante l'Istituto d'Istruzione Superiore "E. Torricelli" di Maniago (PN),

a conoscenza dello Sportello di ascolto psicologico tenuto dal dott. Rocchetti Giorgio e della finalità che questa funzione intende perseguire ai fini del successo formativo degli studenti, con la presente sottoscriviamo il consenso per la seguente prestazione professionale consulenza psicologica da parte del suddetto psicologo, rivolta a nostro/a figlio/a _____

data

Firma/e
