Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO N. 1

Infanzia, Primaria e Secondaria 1° Grado –

Via Scopelliti – 66050 SAN SALVO (CH) – Tel. 0873/54147 – Fax 0873/549574

C.F. 83001750690 - Email: chic832007@istruzione.it - chic832007@pec.istruzione.it

www.icsalvodacquisto.gov.it

Circolare N. 64

Prot. 6568 1A h6

San Salvo, dodici novembre 2016

Alle Famiglie

Ai Signori Docenti

Alla DSGA

Sul Sito

Amministrazione Trasparente

Oggetto: Progetto "Think Family".

Si comunica che nei giorni di mercoledì ,dalle ore 14.00 alle ore 17.00, e di giovedì ,dalle ore 10.00 alle ore 13.00, è già attivo presso la nostra scuola ,grazie al finanziamento dell'Amministrazione Comunale di San Salvo - Assessorato alle Politiche Sociali, il servizio di consulenza psicologica e psicopedagogica diretto ai nostri allievi e alle loro famiglie e condotto dalla Psicologa ,Dottoressa Trimboli.

Le modalità di fruizione del servizio sono le seguenti.

Per quanto riguarda le famiglie, i genitori interessati possono rivolgersi al Segretariato sociale per fissare gli appuntamenti con la consulente, Dott.ssa Trimboli (tel.0873340230 del Segretariato).

Per quanto concerne gli alunni , invece, i due genitori dei medesimi devono compilare il modulo allegato ,che ha validità per l'intero anno scolastico in corso, e poi, di volta in volta, devono formulare specifica richiesta scritta per il proprio figliolo di colloquio con la Psicologa all'insegnante presente in aula al momento dell'allontanamento dalla classe del discente.

I docenti annoteranno sul registro di classe e personale , l'uscita e il rientro dell'alunno dall'aula e avranno cura di segnalare alla scrivente eventuali anomalie nella fruizione del servizio in parola.

Distinti saluti.

Il Dirigente

Teresa Ascione

N.1 Allegato: Modulo di autorizzazione alla fruizione del servizio a firma di entrambi i genitori.

Da restituire al coordinatore di classe

CONSENSO INFORMATO

La/il sottoscritto/a....., nato/a .....il.....,
genitore/affidatario/tutore del minore .....
La/il sottoscritto/a....., nato/a .....il.....,
genitore/affidatario/tutore del minore .....
frequentante la classe.....della scuola.....

dichiara/dichiariamo

di aver preso visione delle attività e delle finalità previste dal servizio di supporto e consulenza psicologica "*Think Family*" e di acconsentire allo svolgimento delle suddette attività.

Data e luogo.....

Firma .....

La presente autorizzazione ha validità fino al termine del ciclo scolastico, salvo diversa disposizione dei genitori da inoltrare alla Segreteria.

Comune di San Salvo
Assessorato alle Politiche Sociali