

**ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO**

**Sc. dell’Infanzia - Sc. Primaria - Sc. Secondaria di I grado**

**53040 CETONA (SI)**

**Via Martiri Della Libertà n. 4**

 **Tel.. 0578/269430-C.F. 81004340527**

**Indirizzo e-mail** **SIIC813007@istruzione.it****SIIC813007@pec.istruzione.it**

**Sito Internet:**[**www.iccetona.edu.it**](http://www.iccetona.edu.it)



Cetona, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai genitori/tutori/affidatari degli alunni

E p.c. Ai Fiduciari di Plesso

Plessi Infanzia/Primaria/Secondaria 1°gr.

LORO SEDI

Oggetto: Consenso per interventi di sportello psicologico in classe.

Il Dirigente Scolastico informa i Genitori/Tutori/Affidatari che, durante l’anno scolastico potranno essere effettuati interventi in sezione/classe dalla Dott.ssa Laura Peccatori, Psicologa ed insegnante dell'Istituto, responsabile del servizio di sportello psicologico.

Tali azioni non hanno finalità diagnostiche o cliniche e rappresentano una risorsa al servizio delle/dei docenti, per favorire la qualità degli apprendimenti di bambine/i, e sostenerne il successo formativo e la promozione del benessere.

I genitori che intendano avvalersi personalmente del servizio sono pregati di inviare una mail al seguente indirizzo:

**laura@iccetona.edu.it**

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Caterina Mangiaracina

-----------------------------------------------------------------------------------------------------

**( Consegnare con urgenza alle/ai docente/i di classe)**

La/Il sottoscritta/o…………………………………………………………… genitore/tutore dell’alunna/o ……………………………………………………………………..

**Dichiara**

di aver ricevuto la comunicazione avente per oggetto: consenso per interventi di sportello psicologico in classe, pertanto

**□ acconsento□ NON acconsento**

all’intervento dello sportello psicologico in classe.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_