



Prot. n.2206 VII-08

Salerno, 09/03/2024

Ai Genitori delle Studentesse / degli Studenti
Alle Studentesse e agli Studenti
Ai Coordinatori di Classe
Alla Coordinatrice del progetto prof.ssa Vece
Ai Docenti
Alla Dott.ssa Castaldi Rosa Mari
Al DSGA
Al Personale ATA
Al Sito WEB

OGGETTO: AVVIO SPORTELLO DI ASCOLTO – a.s. 2023/24

Si comunica alle persone in indirizzo che lunedì 11.03.2024 prenderà avvio lo Sportello di Ascolto, la cui durata è prevista fino al 31.12.2024. Lo Sportello sarà curato dalla dott.ssa Castaldi Rosa Mari, psicologa e specialista in Terapia dell'età evolutiva e Terapia familiare, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania al n. 115.

La dott.ssa sarà presente a scuola, nella sala Biblioteca a piano terra, tutti i venerdì dalle ore 11.00 alle ore 14.30 e sarà disponibile per i colloqui anche in modalità on-line, previo appuntamento al seguente indirizzo e-mail:

ascolto@liceoseverisalerno.net

Si ricorda che il servizio è gratuito ed è rivolto agli studenti, alle famiglie, ai docenti e al personale ATA di questo Istituto.

Gli studenti minorenni dovranno essere autorizzati dai genitori per svolgere il colloquio inviando mail all'indirizzo sopra indicato.

I docenti coordinatori di classe sono invitati a rendere nota agli studenti la presente circolare.

Considerata la valenza del Progetto, si auspica la massima diffusione e la piena partecipazione.

Si allegano modulo di autorizzazione alla partecipazione per gli studenti minorenni e curriculum-vitae della dott.ssa Castaldi.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla prof.ssa Vece, Coordinatrice del Progetto.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Barbara Figliolia



LICEO SCIENTIFICO "FRANCESCO SEVERI"

Via Gabriele D'Annunzio - 84133 Salerno
Tel. 089 752436 - fax 0896307916 - C.F. 80028030650 - C.M. SAPS06000L
e-mail: saps06000l@istruzione.it - pec: saps06000l@pec.istruzione.it
Sito Web: www.liceoseverisalemo.edu.it



Servizio di "Sostegno psicologico"

a.s. 2023/2024.

MODULO D'AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE PER I MINORI

Il/La sottoscritto/a.....
Nato/a a il
residente in via..... CAP.....
recapito telefonico..... e-mail.....

In qualità di genitore esercente la potestà genitoriale della/o studentessa/studente

Classe e sezione: _____

Con la firma del presente modulo dichiara di:

- acconsentire alla partecipazione di suo/a figlio/a al servizio di "Sostegno psicologico" presso lo "Sportello di Ascolto" da parte del proprio/a figlio/a nei locali della scuola o da remoto;
- autorizzare, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione di dati personali) e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), gli operatori impegnati nel servizio di "Sostegno psicologico" a trattare le informazioni personali relative ai partecipanti al solo fine della realizzazione della suddetta attività. Le informazioni raccolte saranno conservate nella massima riservatezza e secondo le disposizioni di legge.

Firma del genitore

Luogo e data _____

In caso di sottoscrizione di un solo genitore

Dichiaro:

- di agire anche in nome dell'altro genitore adeguatamente informato
- di agire ai sensi dell'art. 317 bis c.c. in quanto unico genitore convivente con il minore

Si precisa che le attività sono interamente gratuite.