



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.liceoseverisalerno.edu.it



*Ministero
dell'Istruzione e del Merito*

LICEO SCIENTIFICO STATALE
"F. SEVERI" - SALERNO
Prot. 0001023 del 25/01/2025
V-7 (Uscita)

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: RIPRESA SPORTELLO DI ASCOLTO – a.s. 2024/25

Si comunica alle persone in indirizzo che giovedì 30.01.2025 riprenderà avvio lo Sportello di Ascolto, la cui durata è prevista fino al termine dell'anno scolastico. 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 giovedì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 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.

Le modalità sono le stesse già adottate in precedenza. Si allega modello di autorizzazione per gli studenti minorenni.

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.liceoseverisalerno.edu.it

*Associazione
della Scuola e del Liceo*

Servizio di "Sostegno psicologico"

a.s. 2024/2025.

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.