



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE LA LOGGIA

Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria di Primo Grado

Via della Chiesa, 45 - 10040 LA LOGGIA (TO) - Tel. 011/9628636

C.F. 84510450012 - Cod. Mecc. TOIC886007

PEO: [TOIC886007@istruzione.it](mailto:TOIC886007@istruzione.it) PEC: [TOIC886007@pec.istruzione.it](mailto:TOIC886007@pec.istruzione.it)

Sito Web: [www.iclaloggia.edu.it](http://www.iclaloggia.edu.it)

Circolare n. 14

La Loggia, 03/10/2024

Ai genitori  
Agli studenti  
A tutto il personale  
Atti Registro elettronico

**Oggetto:** Attivazione Sportello Psicologico

Si comunica alle SS.LL. l'attivazione dello Sportello Psicologico in presenza per studenti, genitori e personale scolastico, **a partire da mercoledì 9 ottobre.**

Il servizio, a titolo gratuito per tutta l'utenza, non avrà finalità clinica o terapeutica ma di consulenza e supporto.

Lo sportello d'ascolto sarà attivo il mercoledì, dalle 9.00-12.00, presso la Biblioteca della scuola Secondaria di primo grado "L. Da Vinci" in via della Chiesa 18 a La Loggia.

A richiesta e in accordo con la dottoressa sarà possibile fissare appuntamenti in altri orari e giorni anche presso le altre sedi dell'Istituto.

La dottoressa Barbara Vittone riceverà su appuntamento docenti, alunni e genitori (di tutti e tre gli ordini di scuola) che ne faranno richiesta scrivendo all'indirizzo di posta elettronica:

[barbaravittone@yahoo.it](mailto:barbaravittone@yahoo.it)

Per l'ascolto degli studenti minorenni è necessario il consenso dei titolari della responsabilità genitoriale, utilizzando il modello allegato.

Previo consenso delle famiglie, i docenti potranno proporre momenti di osservazione in classe per analizzare e valutare le dinamiche di gruppo.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

*Gian Carlo VITTONI*

**AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DELLO SPORTELLO D'ASCOLTO  
ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

**AUTORIZZIAMO**

nostra/o figlia/o (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_

a partecipare alle attività dello Sportello di ascolto psicologico.

Nello specifico autorizziamo la partecipazione del minore, a nostra tutela,

[ ] allo sportello individuale di tipo psicologico

[ ] agli incontri in classe che si svolgeranno durante l'arco di tempo in cui sarà attivo il progetto

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_