



Liceo Artistico Statale "P. Petrocchi"

P.tta S. Pietro, 4 - 51100 Pistoia

Tel. 0573 364708

C.F. 80010010470

e-mail ptsd010005@istruzione.it

pec ptsd010005@pec.istruzione.it

e-mail segreteria info@liceoartisticopistoia.edu.it



Com. n. 167

Pistoia, 22/02/2023

Agli studenti
Alle Famiglie

Sede Centrale – Via Cino – Viale Adua

OGGETTO: Sportello di ascolto psicologico.

Si informano tutti gli studenti e le loro famiglie che, a partire da lunedì 27 Febbraio sarà attivo lo Sportello di ascolto. Il progetto prevede interventi rivolti agli studenti ed alle famiglie, finalizzati alla prevenzione del disagio ed al supporto degli alunni. Per accedere allo sportello è necessario prenotarsi, entro il giorno prima della data del colloquio richiesto ed è necessario riconsegnare il modulo per l'autorizzazione all'accesso del minore allo Sportello (che si allega alla presente) sottoscritto da entrambi i genitori che hanno la tutela del minore, anche se separati o divorziati.

Lo sportello, tenuto dal Dott. Achille Masotta, sarà attivo:

il Lunedì dalle ore 8.30 alle ore 14,00

Le richieste per lo sportello, unitamente al modulo di accesso del minore dovranno essere inviate al seguente recapito:

achillemasotta@hotmail.it oppure al seguente cell. 3457394095
ed al primo appuntamento dovrà essere consegnato il modulo cartaceo.

Il DIRIGENTE SCOLASTICO
Don.ssa Prof.ssa Elisabetta Pastacaldi





Liceo Artistico Statale "P. Petrocchi"

P.zza S. Pietro, 4 - 51100 Pistoia
Tel. 0573 364708
C.F. 80010010470
e-mail ptsd010005@istruzione.it
pec ptsd010005@pec.istruzione.it
e-mail segreteria info@liceoartisticopistoia.edu.it



MODULO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO DEL MINORE ALLO SPORTELLO

I sottoscritti

Padre/affidatario del
minore.....
nato a il.../.../..., residente
a..... in via.....
Madre/affidataria del minore.....
nata a il.../.../..., residente
a..... in via.....

In qualità di esercente/i la potestà genitoriale/tutoria su:

Nome e cognome del
minore.....
nato/a a il.../.../..., residente
a..... in via.....
frequentante la classe e sezione.....
in virtù della potestà genitoriale decidono consapevolmente di

AUTORIZZARE

il proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora durante l'anno scolastico ne sentisse la
necessità, degli incontri con la psicologa dott. *ACHILLE MASOITA*

consentono inoltre al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2003 del
Codice in materia dei dati personali.

In fede .

Luogo..... Data.....

Firma leggibile del padre/affidatario.....

Firma leggibile della madre/affidataria.....