



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



Comunicato n. 44

Pistoia, 18/10/2021

Agli Studenti Alle loro Famiglie

OGGETTO: Sportello di ascolto psicologico .

Si informano gli studenti e le loro Famiglie che a partire dal mese di Novembre sarà attivo lo sportello di ascolto, per tutti gli studenti che ne riscontrino la necessità. Il progetto prevede interventi rivolti agli studenti ed alle famiglie finalizzati alla prevenzione del disagio ed al supporto degli studenti.

Per accedere allo sportello è necessario prenotarsi, entro il giorno prima della data del colloquio richiesto, presso la Portineria per la sede Centrale, presso la Sig.ra Grazia laquinto per la succursale di Via Cino, e presso la Sig.ra Monica Centocelli, per la succursale di Viale Adua. Si allega alla presente: **il modulo per l'autorizzazione all'accesso del minore allo Sportello** da riconsegnare sottoscritto da entrambi i genitori che hanno la tutela del minore, anche se separati o divorziati, presso la segreteria didattica (Sig.ra Alessandra). Il modulo potrà essere recapitato debitamente firmato tramite e mail all'indirizzo:

didatticadocenti@liceoartisticopistoia.edu.it

Lo sportello, tenuto dalla Dott.ssa Romina Risaliti avrà il seguente orario:

Lunedì ore 9.00 - 13 00 Viale Adua

Venerdì ore 9 00 - 13 00 Sede Centrale e Banca d'Italia



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.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.ssa Romina Risaliti**

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.....