



Istituto Comprensivo "Pasquale Tola"

Via Monte Grappa, 81 – 07100 Sassari Tel. 079/2845254
E-mail: ssic855005@istruzione.it PEC: ssic855005@pec.istruzione.it
C.F. 92150600903 Cod. Meccanografico SSIC855005

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "P. TOLA"-SASSARI
Prot. 0015066 del 22/10/2021
04-08 (Uscita)

Ai genitori degli alunni della scuola secondaria di I grado
Ai Docenti
ATTI
ALBO

Oggetto: Sportello antimeridiano d'ascolto con psicologo, finanziamenti della Linea C, progetto RAS "Tutti a Iscol@".

In continuazione del progetto, si comunica che a partire dalla prossima settimana verrà attivato lo sportello di supporto psicologico curato da un psicologo, sempre in orario antimeridiano. I genitori che hanno dato l'autorizzazione lo scorso anno, non la devono ridare; i genitori delle classi prime o di qualunque altra classe che per la prima volta vogliono usufruire del supporto, possono avanzare formale richiesta.

Per le nuove adesioni: il modulo deve essere firmato da entrambi i genitori/tutori/affidatari; l'autorizzazione deve essere consegnata a Scuola, dagli stessi, entro il 29.10.2021 presso l'Ufficio Alunni. I dati verranno trattati dallo Scrivente e da personale autorizzato.

Agli psicologi verrà dato l'elenco dei nominativi e in maniera riservata si procederà ai colloqui individuali, nel rispetto delle norme di prevenzione covid 19.

Qualora i genitori o il personale docente, avessero necessità di un colloquio con lo psicologo, possono inviare una e-mail al seguente indirizzo: psicologo@icpasqualetolass.edu.it

I Sigg. Docenti informeranno le famiglie del riavvio dello sportello e ai nuovi ingressi daranno informazioni sull'iniziativa. Nel sito della Scuola verrà posta in evidenza la comunicazione e il suo allegato.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Maria Grazia Falchi
FIRMA DIGITALE



Istituto Comprensivo "Pasquale Tola"

Via Monte Grappa, 81 – 07100 Sassari Tel. 079/2845254

E-mail: ssic855005@istruzione.it PEC: ssic855005@pec.istruzione.it

Al Dirigente scolastico
Istituto Comprensivo "Pasquale Tola"
SASSARI

I sottoscritti _____ GENITORI/TUTORI/AFFIDATARI
dell'alunno/a _____ nato/a _____ il _____ residente a
_____ in via _____ frequentante la classe _____ della scuola secondaria di I grado
presso la Vostra istituzione scolastica

AUTORIZZA

lo/a stesso/a alunno/a all'ingresso in aula della Psicologo.

AUTORIZZA INOLTRE

Al trattamento dei dati per le necessità di documentazione e fornitura del servizio.

I dati verranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy vigente.

Sassari, lì _____

Firma dei Genitori/tutori/affidatari
