



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI GALLIO**  
 Via Roma, 1 36032 GALLIO (VI)  
 Cod. Min. VIIC88700P – C.F. 84006050243  
 ☎ Tel. n. 0424/445388 Fax n. 0424/449712  
 Sito web: [www.icgallio.gov.it](http://www.icgallio.gov.it)  
 email: [viic88700p@istruzione.it](mailto:viic88700p@istruzione.it) - [viic88700p@pec.istruzione.it](mailto:viic88700p@pec.istruzione.it)



Circolare genitori n. 13

Gallio, 11 ottobre 2017

AI GENITORI  
 AGLI ALUNNI  
 Sc. Secondaria

**Oggetto: Inizio attività PUNTO ASCOLTO e CONSULENZA (P.A.C.)**

Si comunica che da **VENERDI' 20 ottobre 2017** inizierà il Servizio del “PUNTO ASCOLTO E CONSULENZA” tenuto dalla psicologa dott.ssa Anna Chiara Costa a favore di alunni, genitori e docenti DI TUTTE LE SEDI della Scuola secondaria dell’Istituto comprensivo di Gallio. Scopo del servizio è quello offrire un luogo di ascolto per problemi relazionali con compagni di classe, insegnanti, genitori; per difficoltà legate alla crescita o a problematiche familiari.

**Entro martedì 17 settembre va restituita l’autorizzazione, firmata da entrambi i genitori**  
**Potranno accedere al servizio solo gli alunni autorizzati dai genitori.**

**ALUNNI** – DUE MODALITÀ PER FISSARE UN APPUNTAMENTO:

1- In ciascuna sede (**Cesuna, Enego, Foza, Gallio e Mezzaselva**) è predisposta, nell’atrio della scuola, un’apposita cassetta in cui inserire la richiesta compilata, utilizzando il modulo del P.A.C. La Psicologa fisserà giorno, ora e luogo per la consulenza, tenendo conto della sede da cui proviene la richiesta.

2- L’appuntamento si può fissare anche inviando una e-mail all’indirizzo: [annachiaracosta@tiscali.it](mailto:annachiaracosta@tiscali.it) indicare: *Cognome e nome – classe e sez. - sede di....., “Vorrei incontrare la psicologa per difficoltà con.....”*

**GENITORI** – DUE MODALITÀ PER FISSARE UN APPUNTAMENTO:

1- Scrivendo una e-mail all’indirizzo: [annachiaracosta@tiscali.it](mailto:annachiaracosta@tiscali.it)

2- Scrivendo un SMS al n. **3470497061**

**CALENDARIO CONSULENZE PER GENITORI E INSEGNANTI**

<i>LUNEDI' e VENERDI'</i>	<b>su appuntamento</b>	<b>a partire da giovedì 20.10.2017</b>	<b>SCUOLA PRIMARIA DI GALLIO 1<sup>a</sup> piano Biblioteca</b>
-------------------------------	------------------------	--	---

Referente del progetto: prof.ssa Emanuela Rela

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
 Prof. ssa Carmela MANCUSO

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell’art. 3, comma 2 del decreto legislativo n.39/93*

**PUNTO ASCOLTO CONSULENZA 2017-18**  
(restituire al coordinatore di classe entro il 17 ottobre 2017)

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI GALLIO**

I SOTTOSCRITTI SIG.....

E SIG.RA.....

GENITORI DELL'ALUNNO/A.....CLASSE.....sez.....

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

Il/La proprio/a figlio/a ad accedere, qualora lo volesse, al Servizio "Punto Ascolto e Consulenza". In caso di necessità potremo essere contattati al n.....

Firma della madre

Firma del padre

.....

.....

Data .....

**NOTA BENE**

**In caso risulti impossibile acquisire il consenso di entrambi i genitori, ovvero**

**laddove un genitore sia irreperibile:** "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze

amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445

del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla

responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e del 337 quater del codice civile, che richiedono il

consenso di entrambi i genitori".

Firma del genitore \_\_\_\_\_