



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per Interventi in materia di edilizia
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

LICEO STATALE CLASSICO LINGUISTICO SCIENZE UMANE "F. DE SANCTIS"

Via Tasselgardo, 1 – tel. 0883.481359 - fax 0883.481694 Codice meccanografico BAPC21000E - Codice fiscale 92058830727
E-mail: bapc21000e@istruzione.it pec: bapc21000e@pec.istruzione.it – web: www.liceodesanctis.edu.it
76125 TRANI

Circolare Interna n. 119/s

Trani, 21-02-2024

Agli Alunni
Ai Genitori
A Tutta la comunità scolastica
Al DSGA
Bacheca registro elettronico
Sito Web
Sedi

OGGETTO: Sportello d'ascolto e supporto psicopedagogico.

Si informano le famiglie, gli alunni e tutto il personale scolastico che da LUNEDI' 26 FEBBRAIO 2024 sarà attivato lo SPORTELLO D'ASCOLTO E SUPPORTO PSICOPEDAGOGICO per accompagnare gli studenti nel percorso formativo.

Il servizio, per il corrente anno scolastico, è affidato alla Dott.ssa Teresa Pappalettera.

I primi incontri si terranno presso la sede Centrale i seguenti giorni:

- 1) lunedì 26 febbraio, dalle 15:15 alle 18:15;
- 2) venerdì 1 marzo, dalle 15:15 alle 18:15.

Per accedere al servizio sarà necessario compilare il modulo di consenso informato e prenotarsi scrivendo alla referente dello sportello alla seguente email: terrypappalettera@libero.it.



F.to Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Grazia Ruggiero

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93*

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Teresa Pappalettera presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene
nata a il ___/___/_____ e residente a
in via/piazza n°

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Teresa Pappalettera presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorene
nato a il ___/___/_____ e residente a
in via/piazza n°

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Teresa Pappalettera presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

Il Sig./La Sig.ra Nato/a a il ___/___/_____ e residente a
..... In Via/Piazza n°

Tutore del minorene In ragione di (indicare provvedimento, autorità emanante, data numero)
.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Teresa Pappalettera presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore
