



Liceo Classico Statale "G.F.PORPORATO"
Classico – Linguistico – Scienze sociali – Sociopsicopedagogico
Via Brignone 2, 10064 - PINEROLO
tel. 0121 795064 - fax 0121 795059
e-mail: liceoporporato@tiscali.it
www.liceoporporato.gov.it

Circolare n°	245
del	19/01/2015
Emessa da	DS

AGLI STUDENTI
Ai DOCENTI
Delle classi
4BG- 5AG-5BG-2AL-2CL-2BL
2BSU-2CSU-2AES-2BES
e p.c. Alla DSGA
Al personale ATA

Oggetto: Progetti di educazione alla salute – “Conoscenza dei servizi territoriali per gli adolescenti”

Ricordando che i Consigli delle classi destinatarie hanno deliberato l'adesione al progetto di Conoscenza dei servizi territoriali per gli adolescenti contenuto nel catalogo PEAS di proposte di interventi per la promozione della salute dell'ASLTO3, di cui si allega e pubblica estratto,
si comunica

che la data e l'orario della visita presso il Consultorio giovani in Via Bignone 40 a Pinerolo devono essere concordati in orario ambulatoriale (martedì pomeriggio) direttamente dai docenti referenti e/o accompagnatori telefonando in ambulatorio al numero 0121 233814 contattando la referente Sig.a Tiziana Alchera (talchera@aslto3.piemonte.it).

I docenti accompagnatori sono tenuti a verificare che gli studenti partecipanti siano in possesso dell'autorizzazione, allegata alla presente, adeguatamente compilata e firmata.

Rimanendo a disposizione, si ringrazia per la collaborazione.

La referente alla salute
Claudia Orbecchi

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa M. Teresa Ingicco
Firmato in originale

CONOSCENZA DEI SERVIZI TERRITORIALI PER GLI ADOLESCENTI



Obiettivi: Conoscenza delle funzioni e delle attività dei vari punti-giovani / Consultori-Giovani / spazi-Giovani promuovendone l'uso nella popolazione adolescenziale.

Setting: Scuole Secondarie di 1° grado e di 2° grado

Destinatari/target: Studenti di 3° Sc. Secondarie di 1° grado e Alunni Sc.

Secondarie di 2° grado

Programma, metodo, strumenti e verifica:

Il progetto si prefigge un obiettivo informativo e comunicativo con la finalità di presentare le risorse territoriali esistenti e gli operatori addetti in modo da facilitare la conoscenza, il contatto diretto e quindi l'accesso dei ragazzi ai servizi. (Dato il nuovo avvio del presidio per la Val di Susa è prevista la possibilità di attuare l'intervento anche nelle classi del I° anno delle scuole secondarie di 2° grado del territorio del Distretto di Susa.)

Figure professionali coinvolte: Operatori dell'équipe multiprofessionale del Consultori Adolescenti/Spazi Giovani.

Materiale didattico fornito: Depliant illustrativi dei servizi.

Strumentazione utilizzata: Materiale vario adatto alla realizzazione di attivazioni che permettano il raggiungimento degli obiettivi sopra indicati attraverso lavori di gruppo: parole crociate – percorsi virtuali, ecc..

Formato: 1 incontro di 1 unità oraria. E' prevista la possibilità di approfondire eventuali argomenti che dovessero emergere nel corso dell'incontro, replicandolo presso il Consultorio adolescenti/Spazio Giovani sulla base di accordi con gli Insegnanti di riferimento.

Note e richieste da parte del servizio erogante: Disponibilità spazio idoneo per incontro.

Riferimento territoriale: Distretti ASL TO3. **Recapiti:** Referenti per la promozione ed educazione alla



Responsabili progetto: Referenti Promozione della salute dei Distretti ASL TO3 - Consultori giovani / Spazi Giovani.

LICEO "G. F. PORPORATO" – PINEROLO

A.S. _____/_____

Io sottoscritto/a _____ esercitante la patria potestà
sull'allievo/a _____ della classe _____

dichiaro

di essere a conoscenza dell'iniziativa proposta nell'ambito dei progetti di educazione alla salute del POF inerente la "Conoscenza dei servizi per gli adolescenti" contenuta nel catalogo PEAS dell'ASLTO3, informato dei contenuti e degli scopi come da circolare n. 245 e relativo allegato

autorizzo

il/la suddetto/a minore a partecipare all'uscita didattica gratuita in data _____ in orario pomeridiano dalla _____ alle _____ presso il Consultorio giovani in Via Bignone 40 a Pinerolo con accompagnamento da parte di un docente referente fino al termine della visita, da intendersi ultimata contestualmente all'uscita dall'ambulatorio.

Sono informato che per eventuali incidenti o infortuni che potessero verificarsi in occasione della suddetta visita, il mio diritto al risarcimento dei danni sarà contenuto nei limiti posti dall'assicurazione scolastica obbligatoria.

Data _____

FIRMA

autorizzo

la scuola ad utilizzare i dati contenuti nella presente autorizzazione ai fini di comunicazioni dei dati personali verso Enti pubblici, terzi o privati (L. 31/12/96 n. 675 "Tutela della privacy" art. 27).

FIRMA