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

Circolare n°	257
del	10/1/2019
Emessa da	DS

Agli studenti
Ai genitori
Ai docenti
p.c. Alla DSGA
Al Personale ATA

OGGETTO: Calendario nuove date - sportello ascolto – Progetto V.I.T.A: "Vediamoci: Io Ti Ascolto!"

In riferimento al progetto V.I.T.A: "Vediamoci: Io Ti Ascolto!" a partire da gennaio in continuità con i mesi precedenti è attivo lo sportello di ascolto rivolto a studenti e genitori, gestito dalla psicologa e counselor dott.ssa A. Mattiola, che collabora da anni con il nostro Liceo.
ASPETTI ORGANIZZATIVI:
I colloqui per gli studenti si terranno in SEDE presso l'auletta adiacente la sala professori nelle seguenti date:
25 gennaio 8.00-11,00
1 febbraio 11,30-13,30
22 febbraio 11,30–13,30
25 febbraio 11.30-13.30
5 marzo 8,00-9,00
11 marzo 11,00-13,00
19 marzo 11,00-13,00
25 marzo 11,00- 13,00
1 aprile 11,00-13,00

Gli studenti interessati potranno **prenotare un appuntamento presso la Vicepresidenza, consegnando, se minorenni, l'autorizzazione allegata firmata da entrambi i genitori.**

1. I colloqui per i genitori saranno fissati su appuntamento **in settimana (dal lunedì al venerdì) e il sabato mattina.**

I genitori potranno prenotare un appuntamento **contattando la Vicepresidenza al numero 0121.795064**. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato nel rispetto del Dlg.vo n. 196/2003 e l'autorizzazione sarà acquisita nel corso del primo colloquio informativo.
Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico
Maria Teresa Ingicco
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'articolo 3, c.2 d.lgs. n. 39/199

Al Dirigente Scolastico

del Liceo Porporato

Pinerolo

OGGETTO: consenso al servizio di sportello d'ascolto

I sottoscritti (cognome e nome) ……

genitori/esercenti la potestà genitoriale dello/a
studente/ssa minorenne ……

della classe …… dichiarano di DARE il consenso al servizio di sportello di ascolto avviato presso il Liceo.

Pertanto AUTORIZZANO lo svolgimento del colloquio eventualmente richiesto dal figlio/a.

Data ……..

Firma del 1° genitore ……..

Firma del 2° genitore ……..