



LICEO CLASSICO E LINGUISTICO STATALE CRISTOFORO COLOMBO
Via Dino Bellucci 2 – 16124 Genova

COMUNICAZIONE INTERNA N. 200

ANNO SCOLASTICO	2023/2024	DATA 10/01/2024
-----------------	-----------	-----------------

INDIRIZZATO A	AGLI ALUNNI E ALLE FAMIGLIE e p.c. ai Docenti	ALBO – ATTI
OGGETTO DELLA COMUNICAZIONE EDUCAZIONE ALLA SALUTE: SPORTELLI DI ASCOLTO	<p>Si informano gli alunni e i genitori che, nell'ambito delle iniziative di Educazione alla Salute, dal giorno 18 gennaio sarà disponibile un'attività di sportello di ascolto, aperto gratuitamente a tutti gli studenti.</p> <p>L'attività in parola sarà realizzata, <u>a partire da giovedì 18 gennaio p.v.</u>, sotto forma di "sportello psicologico", gestito direttamente dalla dott.ssa Ricci, Psicologa e Psicoterapeuta.</p> <p>Lo sportello Psicologico funzionerà, su appuntamento, il giorno giovedì, indicativamente dalle ore 13⁰⁰ alle ore 17⁰⁰, presso la sede di via Bellucci 2.</p> <p>L'appuntamento potrà essere richiesto tramite invio di email all'indirizzo deb.ricci@libero.it,</p> <p>oppure contattando direttamente la dottoressa Ricci al numero 340 405 2865.</p> <p><u>Si precisa che la possibilità di usufruire di questa opportunità, è subordinata alla compilazione e sottoscrizione da parte dei genitori degli alunni minorenni di una dichiarazione, da effettuarsi utilizzando il modello allegato o reperibile in Segreteria alunni, che dovrà poi essere riconsegnato alla dottoressa Ricci in occasione del primo incontro.</u></p> <p>Grazie per l'attenzione</p>	

SEDE	SEDE
NOTE	
DATA IMPEGNO	febbraio 2024 – maggio 2024

Il Dirigente Scolastico
Luca Barberis

N.B.	X	Lettura in classe	Affissione in classe	X	Albo docenti	Distrib. destinatari	X	Sito Web
------	---	-------------------	----------------------	---	--------------	----------------------	---	----------



LICEO CLASSICO E LINGUISTICO STATALE CRISTOFORO COLOMBO

Via Dino Bellucci 2 – 16124 Genova

Tel. 010 2512375 – PEO: gepc020009@istruzione.it

ALLEGATO ALLA C.I. N. 200 DEL 10/01/2024

OGGETTO: consenso informato

Noi sottoscritti _____ e _____
genitori del minore _____ classe _____

siamo informati che:

- la prestazione che verrà offerta al minore presso lo Sportello di ascolto è una consulenza psicologica finalizzata alla promozione del benessere psicologico;
- lo strumento di intervento sarà il colloquio clinico e non verranno utilizzati test psicodiagnostici;
- lo Sportello di ascolto psicologico non consiste in un percorso psicoterapeutico, ma di sostegno e orientamento al minore;

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto quanto sopra, acconsentiamo che nostra/o figlia/o effettui incontri con la Dott.ssa Deborah Ricci presso lo Sportello di ascolto.

Genova, _____

Firma della madre _____

Firma del padre _____

IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO Genitore/tutore/affidatario:

Il/La sottoscritto/a _____, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Genova, _____

Firma _____