



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "CANNIZZARO-GALATTI"**

Via M. Giurba, 2 --Tel./Fax 090/716398 - Fax 0906415456

98123 MESSINA

**Distretto Scolastico 029 – Codice Fiscale 80008360838**

**e-mail-meic86600p@istruzione.it**

Circ. n. 168/DS

Messina, 16/03/2016

- Alle Famiglie

- Agli alunni

- A tutto il personale scolastico

**Oggetto: Sportello di ascolto psicologico con esperto esterno.**

Si informano i sigg.ri genitori e gli allievi che nel mese di marzo sarà attivato un servizio di ascolto presso i locali della scuola.

Il servizio è curato dalla **Dott.ssa Ninfa Luppino**, psicologa e psicoterapeuta, consulente esterna.

E' aperto per genitori e allievi che volessero usufruirne, dietro appuntamento, nei giorni martedì e giovedì dalle ore 11:00 alle 13:00 ed il venerdì dalle 14:00 alle 15:00.

Il costo del servizio è di € 30,00 per ciascun incontro. Coloro che fossero interessati possono presentarsi in segreteria dove occorre prenotarsi.

Si allega modulo per il consenso alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a al sopracitato servizio.



Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Giovanna Egle Candida Cacciola

## **Istituto Comprensivo Statale Cannizzaro-Galatti via M. Giurba,2 Messina**

Si rende noto che è stato istituito presso l'Istituto Comprensivo Statale "Cannizzaro-Galatti" uno sportello di ascolto psicologico cui possono rivolgersi gli allievi, i loro genitori e il personale docente, allo scopo di offrire una reale consulenza attiva e continua, di promuovere un maggiore benessere individuale e della scuola intera. Per accedervi occorre concordare un appuntamento in segreteria. Le modalità che regolano gli incontri vengono stabilite di volta in volta insieme alla psicologa.

Le persone che fruiscono di tale servizio ed i contenuti degli incontri sono tutelati dalla legge sulla privacy e da segreto professionale, stabilito dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, cui si può derogare solo per gravi e specifici motivi previsti dal Codice stesso.

L'alunno/a può liberamente accettare, rifiutare e/o sospendere la fruizione del servizio, in qualsiasi momento.

---

### ***CONSENSO FIRMATO DAI GENITORI***

Il sottoscritto (padre).....nato a.....il .../.../.....  
e la sottoscritta (madre).....nata a.....il.../.../.....  
genitori dell'alunno/a ..... della classe....sez...  
dell'Istituto Comprensivo Statale "Cannizzaro-Galatti" ed esercenti la potestà  
genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato  
quanto sopra, diamo il consenso alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a ai  
colloqui psicologici presso lo sportello di ascolto psicologico di suddetto Istituto con  
la dott.ssa Ninfa Luppino

Data

*Firma del padre*

*Firma della madre*

---

---