

*ISTITUTO COMPRENSIVO VILAFRANCA TIRRENA*

Codice Scuola **MEIC819005**

Via S. Giuseppe Calasanzio,17- Tel./Fax 090/334517

C. F. 97105960831

98049 VILAFRANCA TIRRENA (ME)

E – mail [meic819005@istruzione.it](mailto:meic819005@istruzione.it) - [meic819005@pec.istruzione.it](mailto:meic819005@pec.istruzione.it)

sito web: [www.icvillafraancatirrena.edu.it](http://www.icvillafraancatirrena.edu.it)

Circ. n. 88

ISTITUTO COMPRENSIVO VILAFRANCA TIRRENA  
**Prot. 0016807 del 21/10/2024**  
IV (Uscita)

AI DOCENTI  
dell'I.C. di Villafranca Tirrena

AGLI ALUNNI della Scuola Secondaria  
dell'I.C. di Villafranca Tirrena

ALLE FAMIGLIE DEGLI ALUNNI  
dell'I.C. di Villafranca Tirrena

AL D.S.G.A  
AL PERSONALE ATA  
Loro sedi –

Agli Atti

All'Albo

Al sito

**Oggetto: Sospensione attività sportello ascolto psicologico in data 22 ottobre 2024 e ultimo incontro mattutino con la classe 3<sup>^</sup>.**

Si comunica che in **data 22 ottobre 2024** il “Servizio di Ascolto Psicologico” pomeridiano rivolto agli alunni della scuola secondaria, ai genitori, nonché al personale docente e ATA non sarà attivo.

Lo stesso riprenderà in data 29 ottobre dalle ore 15:00 alle ore 17:00.

**L'ultimo incontro didattico con la classe 3E si terrà invece in data 25 ottobre dalle 12:15 alle 14:10.**

**F.to Il Dirigente Scolastico**  
**Prof.ssa Rossana Ingrassia**  
firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ex art. 3, comma 2, D.L. 39, 1993

**ISTITUTO COMPRENSIVO VILLAFRANCA TIRRENA**  
Codice Scuola **MEIC819005**  
Via S. Giuseppe Calasanzio,17- Tel./Fax 090/334517  
C. F. 97105960831  
98049 VILLAFRANCA TIRRENA (ME)  
E – mail [meic819005@istruzione.it](mailto:meic819005@istruzione.it) - [meic819005@pec.istruzione.it](mailto:meic819005@pec.istruzione.it)  
sito web: [www.icvillafrancatirrena.edu.it](http://www.icvillafrancatirrena.edu.it)

**Modulo per consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_ Genitore/i  
dell'alunn \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola  
\_\_\_\_\_

presa visione della circolare informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico, istituito presso codesto istituto

**ESPRIMONO**

il loro consenso a che il/la figlio/a ..... partecipi alle attività/azioni proposte e usufruisca delle prestazioni professionali in oggetto nel corso dell'anno scolastico 2024-2025, tra cui attività di sportello ascolto.

Data / /

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

Nell'eventualità la presente richiesta sia sottoscritta solo da uno dei genitori:

\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ padre/madre, consapevole delle Responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

**DICHIARA**

che    padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla suddetta autorizzazione. \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma padre/madre \_\_\_\_\_