



*Istituto d'Istruzione Superiore Liceale  
"QUINTO ORAZIO FLACCO"  
Indirizzo Classico - Linguistico - Scienze Umane  
via Scalea, 30 - 80055 PORTICI (NA)  
Tel./fax 081.481251  
[www.liceoorazioflacco.gov.it](http://www.liceoorazioflacco.gov.it)*



Prot. N. 963/C9

Portici, 15/02/2018

C.d.s. n. 342

Ai docenti Coordinatori

Agli alunni

**Oggetto: Comunicazione attivazione sportello ascolto alunni**

Si comunica che, come da calendario allegato, si attiverà lo sportello di ascolto per gli alunni.

Per usufruire del servizio bisogna compilare il modulo di adesione/consenso, debitamente firmato da entrambi i genitori, da scaricare sul sito web e da consegnare, **entro due giorni dalla data prescelta**, alla prof.ssa Tiziana Gaudino (in cartaceo o a mezzo mail: [dott.gaudino@libero.it](mailto:dott.gaudino@libero.it)).

**CALENDARIO SPORTELLO ASCOLTO**

- 24 Febbraio dalle ore 12,00 alle ore 14,30 (due psicologi)
- 10 Marzo dalle ore 12,00 alle ore 14,30 (due psicologi)
- 7 Aprile dalle 13,00 alle 14,30
- 21 Aprile dalle 13,00 alle 14,30
- 5 Maggio dalle ore 13,00 alle 14,30
- 19 Maggio dalle 13,00 alle 14,30

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Iolanda Giovidelli



**Autorizzazione ad utilizzare lo "Sportello di Ascolto" istituito presso il Liceo Statale "Quinto Orazio Flacco"**

In riferimento alla nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ relativa all'istituzione dello "Sportello di Ascolto" presso il Liceo Statale "Quinto Orazio Flacco" finalizzato a orientare la persona, offrire aiuto e sostegno nella crescita degli alunni e promuovere il benessere e il miglioramento della qualità dello star bene a scuola,

I sottoscritti genitori dell'alunno/a .....  
della classe.....(padre).....(madre).....

(nome e cognome)

(nome e cognome)

dichiarano di aver preso visione della nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (così come riportata sul sito)

**AUTORIZZANO**

il proprio figlio/a ad usufruire, qualora ne avesse desiderio, dello "Sportello di Ascolto" presente presso il Liceo Statale "Quinto Orazio Flacco" e condotto dalle psicologhe, dr.ssa Ascione Linda e Dr.ssa Dello Iacono Filomena, opportunamente incaricate dalla scuola.

La presente autorizzazione si intende valida per l'intero a.s. 2017/2018 e si intende non obbligatoria per i ragazzi, in quanto dà loro la possibilità di usufruire del servizio solo qualora ne facciano richiesta. La presente autorizzazione verrà riconsegnata dagli alunni al docente di classe entro e non oltre il 20 Febbraio 2018.

\_\_\_\_\_

(firma del padre)

\_\_\_\_\_

(firma della madre)

Nota: sono necessarie le firme di entrambi i genitori