

# LICEO CLASSICO – SCIENZE UMANE STATALE “CAGNAZZI” -



Piazza Zanardelli, 30 70022 – ALTAMURA (BA)

C. F. 82014260721- C.M. BAPC030002 – CODICE UNIVOCO UFB5RW

☎ Tel 0803111707 - 0803106029 📠 (fax) 0803113053

e-mail: [bapc030002@istruzione.it](mailto:bapc030002@istruzione.it); [bapc030002@pec.istruzione.it](mailto:bapc030002@pec.istruzione.it);

WEB: [www.liceocagnazzi.it](http://www.liceocagnazzi.it)



REGIONE  
PUGLIA



Al genitore dell'alunno/a

\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

Oggetto: Sportello di Ascolto previsto dal “Progetto Diritti a Scuola 2016” – Modulo C – P.O.R. PUGLIA 2014/2020 – FONDO SOCIALE EUROPEO – ASSE Prioritario X “investire nell’istruzione, nella formazione e nell’apprendimento permanente” - Inclusione sociale” –.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

**dichiara**

di aver ricevuto informazioni relative al **Modulo “C”** del progetto **DIRITTI A SCUOLA 2016**, che **prevede uno** sportello d’ascolto di sostegno psicologico e di orientamento, e precisamente che:

- il progetto è finalizzato a prevenire i disagi o sostenere difficoltà nelle relazioni di tipo scolastico, al fine di valorizzare le proprie risorse e promuovere in tal modo il benessere a scuola;
- lo sportello di ascolto è aperto anche ai genitori, qualora sentissero il bisogno di uno spazio di confronto rispetto a tematiche inerenti il loro ruolo educativo.

Si precisa che lo sportello risulta essere un punto di riferimento e consulenza, e che non si tratta di un percorso di tipo terapeutico.

Al fine di permettere agli studenti minorenni di accedere allo sportello, si invitano i genitori degli stessi a compilare e a firmare l’autorizzazione qui di seguito riportata, che verrà distribuita a tutti gli alunni delle classi interessate dal progetto, e a consegnarla in segreteria alla referente dei DAS 2016, consentendo così al proprio/a figlio/a di accedere al servizio, qualora ne sentisse il bisogno.

Pertanto il/la sottoscritto/a

**A U T O R I Z Z A**

Il/la proprio/a figlio/a ad usufruire del servizio dello sportello d'ascolto, tenuto dagli esperti designati dal presente Istituto: Psicologo Dott.ssa **COSTANZA PATRIZIA** e Orientatore Dott.ssa **MASTROPIERRO MONICA** relativamente alle figure degli esperti previste dal Modulo "C" – DAS 2016, come da estremi in oggetto.

**FIRMA**

---