



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE e DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Magistrale Statale "L. Pietrobono"

Liceo Linguistico - Liceo delle Scienze Umane - Liceo Scientifico con opzione Scienze Applicate- Liceo Classico
Piazza S. Maria Maggiore, 6 - 03011 ALATRI (Fr) - Tel. 0775/435157- fax 0775/434512 - codice fiscale 80012730604
Sito Web : www.liceoalatri.edu.it - e-mail : frpm080001@istruzione.it - PEC: frpm080001@pec.istruzione.it

Ai docenti
Agli studenti e alle studentesse
Ai genitori

Oggetto: Comunicazione attivazione SPORTELLO D'ASCOLTO a.s. 2025-2026.

Si comunica che, anche nel corrente anno scolastico, è attivo lo SPORTELLO D'ASCOLTO, rivolto agli studenti e alle studentesse delle due sedi dell'Istituto, curato dalla **Dott.ssa Ilaria Antonucci**

Gli interessati possono prenotarsi inviando una mail alla Dott.ssa Antonucci all'indirizzo antonucci.ilaria@liceoalatri, unitamente all'autorizzazione che si allega.

È possibile prenotare colloqui individuali, per piccoli gruppi o per l'intera classe.

Nel caso dei piccoli gruppi e dell'intera classe, la prenotazione deve essere effettuata da un componente del gruppo o dal rappresentante di classe, che provvederanno a comunicare la data e l'orario concordati agli altri partecipanti.

La dottoressa è presente il **lunedì** e il **martedì** dalle ore 8:50 alle ore 12:40.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Simona Scarsella

AUTORIZZAZIONE SPORTELLO D'ASCOLTO

PER MINORENNI

I sottoscritti.....e.....

genitori della/o studentessa/e frequentante

la classe....., sezione..... indirizzo...,

AUTORIZZANO Il/la proprio/a figlio/a ad avvalersi dello Sportello di Ascolto.

FIRMA DEI GENITORI

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta 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.

PER MAGGIORENNI

Il/la sottoscritto/a..... frequentante la classe,

sezione..... indirizzo...,

DICHIARA che intende avvalersi, in caso di necessità, dello Sportello di Ascolto.

FIRMA DELLA/O STUDENTESSA/E MAGGIORENNE

- La Dott.ssa Antonucci nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenute all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.