

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA TOSCANA

Istituto Comprensivo Centro Migliarina Motto

Via G. Puccini, 366 - 55049 VIAREGGIO (LU)
tel. 0584/962403 fax 0584/961863

sito: www.iccentromigliarinamotto.edu.it

e-mail: luic82000d@istruzione.it e-mail PEC: luic82000d@pec.istruzione.it

Cod.fisc. 82011190467



Circ. N. 117

Viareggio, 16 gennaio 2024

**AI GENITORI DELLA CLASSE 2° SEZ. A
epc. AI DOCENTI DELLA CLASSE 2° SEZ. A E AI PERSONALE ATA
SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO "RAFFAELLO MOTTO"
ALL'ALBO E SITO WEB**

OGGETTO: servizio di supporto specialistico/sportello d'ascolto per la classe 2^a sez. A, a. s. 2023_24.

Nel mese di gennaio-febbraio, presso la scuola secondaria di primo grado "Raffaello Motto", sarà attuato, per la classe 2^a sez. A, un laboratorio di educazione all' emotività con il servizio di supporto specialistico/sportello d'ascolto.

L'intervento, del tutto gratuito, sarà effettuato il martedì per un totale di due ore, dalla Dott.ssa Dendi Francesca.

La psicologa che opera nella scuola è regolarmente iscritta all'albo professionale della Regione Toscana.

Gli studenti della classe 2 A della scuola secondaria di primo grado "Raffaello Motto" per usufruire del servizio devono compilare il modulo allegato. L'autorizzazione deve essere firmata dai genitori e consegnata brevis manu al docente coordinatore della classe.

Si comunica ai genitori che il numero degli alunni non autorizzati alla partecipazione al servizio non dovrà essere superiore a tre, altrimenti l'intervento non sarà attuato perché non efficace.

Cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Barbara Caterini



Modulo di adesione
Servizio di supporto specialistico/sportello d'ascolto
Classe 2 sez. A

Il/La sottoscritto/a _____

genitore
dell'alunno/a _____

classe _____ sez _____

AUTORIZZA

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al servizio di supporto specialistico/sportello d'ascolto

sopra indicato

Viareggio, _____

Firma dei genitori
