



Autorizzazione uscite didattiche

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto "Fauser"
Novara

Oggetto: USCITE DIDATTICHE A.S. _____

Il/la sottoscritto/a genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe/sezione _____

a c c o n s e n t e


che il/la figlio/a partecipi, sotto la sorveglianza degli insegnanti, a tutte le uscite didattiche/visite guidate che saranno effettuate durante l'anno scolastico all'interno e al di fuori del comune di Novara.

Sarà premura degli insegnanti comunicare gli estremi delle uscite (destinazione, orario, quota di partecipazione, etc.) in prossimità della stessa.

Il consenso potrà essere eventualmente modificato, per singole uscite, con comunicazione scritta sul libretto dello studente

Data _____

Firme dei genitori

	<p>Autorizzazione servizio ascolto con psicologo</p>	
--	--	--

SPORTELLO SERVIZIO ASCOLTO CON PSICOLOGO

Gentili Genitori, siamo lieti di informarvi che sarà organizzato il servizio in oggetto per studenti, in conformità con quanto stabilito dall'Art. 106 della Legge 309/90 che prevede l'Istituzione in ogni Scuola superiore del C.I.C.: Centro di Informazione e Consulenza.

Questo servizio, svolto da uno Psicologo, offre allo studente la possibilità di un ascolto competente e di una efficace relazione d'aiuto.

Lo studente potrà fare libera richiesta compilando un registro di prenotazione presso la Segreteria dell'Istituto, oppure essere segnalato dal Consiglio di classe che ha evidenziato difficoltà legate ai rapporti tra pari o con gli insegnanti, o un particolare disagio nei confronti della Scuola.

Anche Voi genitori, se vorrete consultare lo Psicologo per un consiglio o un confronto, potrete farlo fissando un appuntamento attraverso la Segreteria dell'Istituto.

Per gli studenti minorenni, si richiede il consenso dei genitori.

Il Dirigente Scolastico
Dott. Iginio IULIANO

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3 comma 2 D.L.G. 39/93

Io sottoscritto/a _____

genitore di _____ della classe _____

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

mio/a figlio/a ad usufruire del servizio ascolto, per mezzo del quale potrà chiedere di essere ricevuto dallo Psicologo

Data _____

Firme dei genitori

