



C.M.  
FGIC84500N



## ISTITUTO COMPRENSIVO "DANTE-GALIANI"

Via Dante, 9 – 71013 – San Giovanni Rotondo (FG)

Tel. 0882/456369 – Fax 0882/455084

e-mail: [fgic84500n@istruzione.it](mailto:fgic84500n@istruzione.it) / [fgic84500n@pec.istruzione.it](mailto:fgic84500n@pec.istruzione.it)

sito web: [www.icdantegalianiedu.it](http://www.icdantegalianiedu.it)



C.F.  
83002380711

Cir. Int n. 30

San Giovanni Rotondo, 12/10/2020

AI DOCENTI  
AL DSGA  
AL PERSONALE ATA  
AI GENITORI  
AL SITO WEB

**Oggetto: SPORTELLO psicologico e sociale di ascolto e consulenza a.s. 2020-21.**

Si comunica alle S.S.V.V. che è attivo presso il **Consultorio Familiare della ASL** in p.zza Europa, lo sportello psicologico e sociale con il dottor Basilio Fiorentino nella giornata del **giovedì mattina** a partire **da giovedì 22/10/2020**, con i seguenti orari:

- **9:00/10:15 Utenti Primaria**
- **10:30/11:30 Utenti Secondaria di primo grado.**

Gli appuntamenti si fissano presso il Consultorio Familiare.



Dirigente Scolastico  
(Prof. Francesco Pio Maria D'AMORE)

**AUTORIZZAZIONE PER IL SERVIZIO DELLO SPORTELLLO PSICOLOGICO E  
SOCIALE DI ASCOLTO E CONSULENZA**

IL/La Sottoscritto/a.....  
nato/a .....provincia di (.....)  
il...../.....residente in..... provincia di (.....)  
in via.....N°.....  
tel./cell.....  
in qualità di genitore (o esercente la responsabilità genitoriale) del minore.....  
.....  
della classe....., con la presente

**intende/non intende** (cancellare la voce che non interessa)

autorizzare il proprio figlio/a.....ad accedere, nel caso in cui lo richieda, e durante l'orario scolastico, al servizio dello Sportello di ascolto psicologico e sociale della scuola, gestito dallo Psicologo Basilio Fiorentino e dall'Assistente Sociale Angela Cascavilla.

San Giovanni Rotondo li

♦ Firma

.....  
.....

♦ (nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori, ai sensi dell'art. 155 del codice civile, modificato dalla legge 54 dell'08/02/2006)