



# Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca



Istituto di Istruzione Superiore "Leonardo da Vinci - Ripamonti"  
via Belvedere, 18 – 22100 Como - tel. 031 520745 - fax 031 507194  
sito web: <http://www.davinciripamonti.gov.it>



Como, 24 novembre 2016

Circolare n. 62

Ai docenti  
Agli alunni e rispettivi genitori  
Al sito dell'Istituto

## OGGETTO: Attivazione del servizio di consulenza psicologica

L'Istituto attiva per l'anno scolastico 2016/2017 lo **sportello d'ascolto psicologico, gestito dalla dott.ssa Simona Viganò**. La finalità del servizio è il contrasto della dispersione e dell'insuccesso scolastico, dunque la promozione del benessere degli studenti, e la prevenzione rispetto alle situazioni di rischio per la salute.

**Venerdì 25 novembre e 2 dicembre** lo sportello verrà presentato nelle classi prime e seconde della sede e delle succursali; avrà apertura settimanale, il martedì dalle 9.30 alle 12.30, secondo il calendario di seguito indicato, visibile sul sito della scuola e nella bacheca della sede e delle succursali.

**Gli studenti, i genitori e gli insegnanti che desiderino fissare un appuntamento** per un colloquio con la dott.ssa Simona Viganò, possono **mandare un messaggio** al cell. 3494650365 o **inviare una mail** all'indirizzo: [sportello.ascolto@davinciripamonti.gov.it](mailto:sportello.ascolto@davinciripamonti.gov.it)

**Per gli alunni minorenni è necessaria l'autorizzazione di un genitore, che avverrà direttamente sul libretto degli alunni.**

(Sarà cura dell'alunno/a minorenne, al primo colloquio, mostrare alla psicologa l'autorizzazione firmata dal genitore sul libretto).

Per gli studenti i colloqui si potranno svolgere esclusivamente in presenza della chiara volontà del diretto interessato.

Referenti "Educazione alla salute"  
Liliana Guida Tommaso Clerici

Il Dirigente scolastico  
Gaetana Filosa

" firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 d.lgs. 39/1993"

Modello di autorizzazione per alunni minorenni da riportare sul libretto e da far firmare al genitore:

**Il/la sottoscritto/a ..... autorizza il/la proprio/a figlio/a ad usufruire del servizio di consulenza psicologica presso l'istituto, in orario scolastico. (autorizzazione a norma del D. Lgs. 196/2003).**

**Data ..... Firma del genitore .....**

## CALENDARIO DEGLI INCONTRI

(tutti gli incontri si tengono il martedì, salvo dove specificato)

**6, 13 dicembre** dalle ore 9,30 alle ore 12,30

**10, 17, 24, 31 gennaio** dalle ore 9,30 alle ore 12,30

**7, 14, 21 febbraio**, dalle ore 9,30 alle ore 12,30

**7, 14, 21, 28 marzo**, dalle ore 9,30 alle ore 12,30

**4, 11, 28 (venerdì) aprile**, dalle ore 9,30 alle ore 12,30

**2, 9 maggio**, dalle ore 9,30 alle ore 12,30