



Ministero dell'Istruzione dell'Università e Ricerca

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"RICCARDO MASSA"**

Via Virgilio Brocchi, 5- c/o Via G. Quarenghi, 12 - 20151 Milano
TEL. 0288444966 - FAX: 0288456471

www.icriccardomassa.it e-mail miic8c300p@istruzione.it

Circ. n. 48

Milano, 4 novembre 2022

**AL PERSONALE DOCENTE
ALLE FAMIGLIE
SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO**

Oggetto: sportello psicologico per la scuola secondaria di primo grado

Si comunica che dal **28 novembre 2022 al 30 aprile 2023** sarà attivo, presso la scuola secondaria di primo grado di via Quarenghi 14, uno sportello di ascolto per minori, genitori ed operatori della scuola su casi – problema, condotto dalle dottoresse M. Bernava e F. Rella.

Per fissare un appuntamento bisognerà farne richiesta ai seguenti indirizzi email:

dott.sa M.Bernava (per adulti): mila.bernava@icriccardomassa.edu.it

dott.ssa F. Rella (per alunni): francesca.rella@icriccardomassa.edu.it

I colloqui tra adulti avverranno da remoto sulla piattaforma Zoom con le credenziali comunicate dalla psicologa via email- Le richieste dei ragazzi saranno accolte previa consegna dell'autorizzazione alla frequenza del servizio, che sarà erogato il lunedì mattina.

I docenti coordinatori sono pregati di raccogliere le autorizzazioni dei ragazzi per la frequenza dello sportello psicologico firmate da entrambi i genitori e di compilare il modulo allegato. Le autorizzazioni vanno conservate nel faldone del relativo consiglio di classe, il modulo di riepilogo va depositato nel cassetto *sportello psicologico*.

La FS per l'Inclusione
prof.ssa Angela Lodi

F.to Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Milena Piscozzo



Ministero dell'Istruzione dell'Università e Ricerca

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"RICCARDO MASSA"**

Via Virgilio Brocchi, 5- c/o Via G. Quarenghi, 12 - 20151 Milano

TEL. 0288444966 -

www.icriccardomassa.edu.it e-mail miic8c300p@istruzione.it

Io sottoscritto/a.....madre/padre
dell'alunno/a....., frequentante la classe
sez.della scuola secondaria di primo grado dell'I.C. R. Massa

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

mio/a figlio/a a frequentare lo **spazio di ascolto per minori** condotto dalle
psicologhe, dott.ssa M.Bernava e dott.ssa F. Rella

Milano,

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORI DEL MINORE

--	--	--