



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"RICCARDO MASSA"**

Via Virgilio Brocchi, 5- c/o Via G. Quarenghi, 12 - 20151 Milano
TEL. 02.88444966 - CF 80125290157 - Cod. Un. UFBZM7
www.icriccardomassa.edu.it e-mail miic8c300p@istruzione.it

Circ. n. 19

Milano, 28 settembre 2023

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

Oggetto: sportello psicologico per la scuola secondaria di primo grado

Si comunica che, dal **16 ottobre al 17 maggio 2024**, sarà attivo presso la scuola secondaria di primo grado di via Quarenghi 14 e la scuola secondaria di primo grado Montessori c/o via delle Ande 4, uno sportello di ascolto per minori, genitori ed operatori della scuola su casi - problema, condotto dalla dottoressa Mila Bernava.

Per fissare un appuntamento bisognerà farne richiesta al seguente indirizzo email:

dott.sa M.Bernava: mila.bernava@icriccardomassa.edu.it

Si precisa che i colloqui tra adulti avverranno da remoto sulla piattaforma Zoom con le credenziali comunicate dalla psicologa via email. La fascia oraria dedicata al servizio è il lunedì mattina dalle ore 9.30 alle ore 12.30. Le richieste dei ragazzi saranno accolte previa consegna dell'autorizzazione alla frequenza del servizio.

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 in Ande 4 per il plesso Montessori e in segreteria Quarenghi 14 per il plesso Quarenghi.

Le FFSS per l'Inclusione
prof.ssa Elisabetta Farina
prof.ssa Carolina Freschi

F.to Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Milena Piscozzo



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"RICCARDO MASSA"**

Via Virgilio Brocchi, 5- c/o Via G. Quarenghi, 12 - 20151 Milano
TEL. 02.88444966 - CF 80125290157 - Cod. Un. UFBZM7
www.icriccardomassa.edu.it e-mail miic8c300p@istruzione.it

Io sottoscritto/a.....madre/padre

dell'alunno/a....., frequentante la classe sez.

..... plesso.....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 dalla psicologa dott.ssa Mila Bernava.

Milano,

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORI DEL MINORE

