



**Liceo Classico Statale "G.F.PORPORATO"**  
Classico - Linguistico - Scienze Umane - Economico Sociale  
Via Brignone 2, 10064 - PINEROLO  
tel. 0121 795064 - fax 0121 795059  
e-mail: liceoporporato@tiscali.it  
www.liceoporporato.gov.it

Circolare n°	381
del	15/3/2019
Emessa da	DS

Agli studenti  
Ai genitori  
Ai docenti  
p.c. Alla DSGA  
Al Personale ATA

**OGGETTO: Calendario nuove date - sportello ascolto - Progetto V.I.T.A: "Vediamoci: Io Ti Ascolto!"**

In riferimento al progetto V.I.T.A: "Vediamoci: Io Ti Ascolto!" a partire da gennaio in continuità con i mesi precedenti è attivo lo sportello di ascolto rivolto a studenti e genitori, gestito dalla psicologa e counselor dott.ssa A. Mattiola, che collabora da anni con il nostro Liceo.

**ASPETTI ORGANIZZATIVI:**

I colloqui per gli studenti si terranno in SEDE presso l'auletta adiacente la sala professori nelle seguenti date:

12 aprile 9,00-11,00  
16 aprile 8,00-9,00  
26 aprile 11,00-13,00  
7 maggio 9,00-11,00  
13 maggio 11.30-13.30  
22 maggio 9,00-11,00  
27 maggio 9,30-11,30  
7 giugno 9,30 -11,30

Gli studenti interessati potranno **prenotare un appuntamento presso la Vicepresidenza, consegnando, se minorenni, l'autorizzazione allegata firmata da entrambi i genitori.**

1. I colloqui per i genitori saranno fissati su appuntamento **in settimana (dal lunedì al venerdì) e il sabato mattina.**

I genitori potranno prenotare un appuntamento **contattando la Vicepresidenza al numero 0121.795064.** Il trattamento dei dati personali verrà effettuato nel rispetto del Dlg.vo n. 196/2003 e l'autorizzazione sarà acquisita nel corso del primo colloquio informativo.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico  
Maria Teresa Ingicco  
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'articolo 3, c.2 d.lgs. n. 39/199*

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Porporato  
Pinerolo

**OGGETTO: consenso al servizio di sportello d'ascolto**

I sottoscritti (cognome e nome) .....

genitori/esercenti la potestà genitoriale dello/a  
studente/ssa minorenni .....

della classe ..... dichiarano di DARE il consenso al servizio di sportello di ascolto  
avviato presso il Liceo.

Pertanto AUTORIZZANO lo svolgimento del colloquio eventualmente richiesto dal  
figlio/a.

Data .....

Firma del 1° genitore .....

Firma del 2° genitore .....