



Liceo Scientifico Statale "SANTI SAVARINO"  
Con sezione Classica annessa - C.M. PAPS080008 - C.F.: 80018020828  
Via Peppino Impastato, c/da Turrisi s.n.c. - 90047 PARTINICO (PA)  
Tel. 0918780462 - Fax 0918780276  
Plesso Liceo Linguistico via Palermo, 147 - Terrasini (Pa) Tel. 091/8684513  
e-mail:paps080008@istruzione. it - PEC: paps080008@pec.istruzione.it

**COMUNICAZIONE N. 197**

**PARTINICO 10/11/2022**

**Agli studenti  
Agli esercenti la responsabilità genitoriale  
e p.c. Al D.S.G.A  
SEDE**

**OGGETTO: Sportello d'ascolto**

Si comunica che è attivo lo Sportello d'ascolto del Liceo Santi Savarino destinato a tutti gli studenti che ne facciano espressa richiesta.

Si tratta di uno spazio interno alla scuola dedicato prioritariamente agli alunni ed eventualmente anche ai genitori e ai docenti e a tutto il personale scolastico per favorire lo star bene con se stessi, con i pari, con il mondo della scuola, con la famiglia, e per offrire un valido supporto finalizzato al perfezionamento del metodo di studio. Il servizio di counseling psicologico intende infatti promuovere il benessere psicologico e prevenire il disagio adolescenziale che ricade sul rendimento scolastico, offrendo un punto di ascolto che non abbia fini terapeutici, ma esclusivamente di consulenza, per una migliore comprensione delle problematiche adolescenziali, per aiutare gli alunni ad individuare i problemi e le possibili soluzioni ed a diventare soggetti attivi della propria crescita e del proprio benessere.

Lo Sportello è gestito da una equipe di esperti formata dalle seguenti docenti nelle rispettive sedi:

- Prof.ssa **Cristina Costa** plesso di Via Testa

E-mail: [cristina.costa.sportellodascolto@liceosavarino.edu.it](mailto:cristina.costa.sportellodascolto@liceosavarino.edu.it)

- Prof.ssa **Daniela Di Bella** plesso di Contrada Turrisi

E-mail: [daniela.dibella.sportellodascolto@liceosavarino.edu.it](mailto:daniela.dibella.sportellodascolto@liceosavarino.edu.it)

- Prof.ssa **Diana Rota** plesso di Terrasini

E-mail: [diana.rota.sportellodascolto@liceosavarino.edu.it](mailto:diana.rota.sportellodascolto@liceosavarino.edu.it)

Gli alunni accederanno al servizio previa prenotazione attraverso e-mail alla referente di plesso e con autorizzazione firmata dai genitori o dagli esercenti la responsabilità genitoriale, in caso di alunno minorenni, da inviare sempre all'indirizzo di posta elettronica delle referenti dello Sportello del plesso di appartenenza

Si allegano:

- Modello autorizzazione
  
- Modulo richiesta d'appuntamento

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Prof.ssa Vincenza Vallone**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 c. 2 D.Lgs. n. 39/1993

Al Referente dello Sportello d'ascolto

**OGGETTO:** Richiesta di appuntamento con la referente dello Sportello d'ascolto del Liceo Santi Savarino  
(solo per alunni maggiorenni)

L'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

plesso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di accedere allo Sportello d'ascolto gestito dalla Dott.ssa: \_\_\_\_\_

Rimane in attesa di conoscere ora e giorno dell'appuntamento.

\_\_\_\_\_  
Firma alunno richiedente

**ALUNNI MINORENNI (modello di richiesta a cura dei genitori o esercenti responsabilità genitoriale)**

Ai genitori degli alunni minorenni si richiede l'invio del presente modulo, alla email della referente dello Sportello debitamente compilato e firmato, contestualmente alla mail di richiesta di appuntamento, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto.

I sottoscritti esercenti la responsabilità genitoriale sul/sulla minore \_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_ sez\_\_ , presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto e sul trattamento dei dati personali sensibili,

PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO il/la minore ad usufruire dei colloqui con la Dott.ssa

- Prof.ssa **Costa Cristina** plesso di Via Testa

E-mail: [cristina.costa.sportellodascolto@liceosavarino.edu.it](mailto:cristina.costa.sportellodascolto@liceosavarino.edu.it)

- Prof.ssa **Daniela Di Bella** plesso di Contrada Turrisi

E-mail: [daniela.dibella.sportellodascolto@liceosavarino.edu.it](mailto:daniela.dibella.sportellodascolto@liceosavarino.edu.it)

- Prof.ssa **Diana Rota** plesso di Terrasini

E-mail: [diana.rota.sportellodascolto@liceosavarino.edu.it](mailto:diana.rota.sportellodascolto@liceosavarino.edu.it)

Dichiara, inoltre, di avere acquisito in data odierna le informazioni relative al trattamento dei dati fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo e Data,

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale

---

---

**Oppure**

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater c.c. che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario/tutore:

---