



# ISTITUTO TECNICO STATALE “MARCHI – FORTI”

Viale Guglielmo Marconi, 16 - 51017 PESCIA (PT) - Tel: 0572-451565 - Fax: 0572-444593  
E-mail: [pttd01000e@istruzione.it](mailto:pttd01000e@istruzione.it) - Sito internet: [www.itsmarchiforti.edu.it](http://www.itsmarchiforti.edu.it)

Via Caduti di Nassiriya, 87 - 51015 MONSUMMANO TERME (PT) - Tel. e Fax: 0572-950747  
E-mail: [istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it](mailto:istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it) - Sito internet: [www.itsmarchiforti.edu.it](http://www.itsmarchiforti.edu.it)



## COMUNICATO DELLA PRESIDENZA n. 58 M

- Pubblicato sul sito della scuola in data 01/10/2024

Alla cortese attenzione

- degli studenti
- dei genitori
- dei docenti
- del personale ATA
- del Direttore SGA
- dell'Ufficio di Vicepresidenza

### Oggetto: Attività di Sportello di Ascolto Psicopedagogico sede “Marchi”

Si comunica che è operativa presso la sede “Marchi” l'attività di “Sportello di Ascolto Psicopedagogico” che si avvale, in continuità con l'anno scolastico precedente e fino ad esaurimento degli obblighi contrattuali, della collaborazione del Dott. Paolo Caroli e della Dott.ssa Paola Lancellotti. Il servizio, rivolto agli studenti, rappresenta un momento importante di contatto tra Scuola e Famiglia in cui gli utenti saranno ascoltati su problematiche varie: rapporti tra coetanei, rapporti tra studenti e docenti, problematiche legate alla fase adolescenziale, problemi di relazione tra genitori e figli, problemi socio-affettivi con conseguente scarsa motivazione allo studio e altro. Lo Sportello di Ascolto Psicopedagogico d'Istituto sarà fruibile nei giorni:

- lunedì dalle ore 11:00 alle 13:00 e sabato dalle ore 9:00 alle ore 13.00 per gli incontri con il Dott. Paolo Caroli
- venerdì e sabato dalle ore 9:00 alle ore 13.00 per gli incontri con la Dott.ssa Paola Lancellotti

salvo eccezioni dovute a motivi organizzativi valutati dai due professionisti e comunicate ai soggetti coinvolti.

Gli studenti che intendano usufruire di tale servizio dovranno prenotare un appuntamento tramite email indirizzata a:

- Dott. Paolo Caroli ([caroli.pao1958@gmail.com](mailto:caroli.pao1958@gmail.com))
- Dott.ssa Paola Lancellotti ([paolalancellotti@hotmail.com](mailto:paolalancellotti@hotmail.com))

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi ai referenti del progetto. Sarà garantita la massima discrezione. Gli alunni minorenni dovranno riconsegnare il modulo di autorizzazione firmato dai genitori direttamente al Dott. Caroli o alla Dott.ssa Lancellotti. Il modulo è allegato alla presente e può essere scaricato dal sito Web d'Istituto (sezione “Studenti “-> Modulistica) o ritirato in portineria. I referenti del progetto, a cui rivolgersi per informazioni, sono la prof.ssa C. Venturi e la prof.ssa R.Cesare.

Pescia, 01.10.2024

La Dirigente Scolastica  
**Prof.ssa Anna Paola Migliorini**  
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3,  
comma 2 del D.Lgs. 39/1993)



# ISTITUTO TECNICO STATALE "MARCHI – FORTI"

Viale Guglielmo Marconi, 16 - 51017 PESCIA (PT) - Tel: 0572-451565 - Fax: 0572-444593  
E-mail: [pttd01000e@istruzione.it](mailto:pttd01000e@istruzione.it) - Sito internet: [www.itsmarchiforti.edu.it](http://www.itsmarchiforti.edu.it)

Via Caduti di Nassiriya, 87 - 51015 MONSUMMANO TERME (PT) - Tel. e Fax: 0572-950747  
E-mail: [istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it](mailto:istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it) - Sito internet: [www.itsmarchiforti.edu.it](http://www.itsmarchiforti.edu.it)



## Autorizzazione minore al servizio "Sportello d'ascolto psicopedagogico"

Il/La sottoscritt/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Genitore/tutore/affidatario ell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ dell'ITS "Marchi-Forti" Sede **MARCHI**

### DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

- presso l'Istituto è attivo lo Sportello di ascolto e supporto psicopedagogico rivolto agli alunni;
- il servizio è erogato attraverso colloqui individuali a partire da una esplicita richiesta di appuntamento dello studente e/o del genitore con il Dott. **PAOLO CAROLI**;
- lo Psicologo è tenuto a garantire l'assoluta segretezza dei dati sensibili raccolti mediante i colloqui, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal D. Lgs. 196/2003;
- lo Psicologo può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale circa le notizie, i fatti e le informazioni apprese durante i colloqui, SOLO nel caso venga a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica del minorenne preso in carico; nel qual caso è tenuto ad informare SOLO la famiglia per suggerire gli interventi appropriati;
- la presente autorizzazione è valida per l'anno scolastico 2024/2025, fatta salva la possibilità dei genitori/tutori/affidatari di esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi direttamente agli uffici di Segreteria negli orari di apertura al pubblico.

### PERTANTO

**AUTORIZZA**

**NON AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a, minorenne, ad usufruire dei colloqui individuali nell'ambito del servizio di "Sportello di ascolto e supporto psicopedagogico".

### Firma di entrambi i Genitori:

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Qualora la presente sia firmata da un solo genitore, si richiede la compilazione da parte del firmatario anche della parte sottostante:

**"Il sottoscritto \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".**

### Firma di un solo genitore:

Padre/Madre: \_\_\_\_\_



# ISTITUTO TECNICO STATALE "MARCHI – FORTI"

Viale Guglielmo Marconi, 16 - 51017 PESCIA (PT) - Tel: 0572-451565 - Fax: 0572-444593  
E-mail: [pttd01000e@istruzione.it](mailto:pttd01000e@istruzione.it) - Sito internet: [www.itsmarchiforti.edu.it](http://www.itsmarchiforti.edu.it)

Via Caduti di Nassiriya, 87 - 51015 MONSUMMANO TERME (PT) - Tel. e Fax: 0572-950747  
E-mail: [istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it](mailto:istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it) - Sito internet: [www.itsmarchiforti.edu.it](http://www.itsmarchiforti.edu.it)



## Autorizzazione minore al servizio "Sportello d'ascolto psicopedagogico"

Il/La sottoscritt/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_

Genitore/tutore/affidatario ell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ dell'ITS "Marchi-Forti" Sede **MARCHI**

### DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

- presso l'Istituto è attivo lo Sportello di ascolto e supporto psicopedagogico rivolto agli alunni;
- il servizio è erogato attraverso colloqui individuali a partire da una esplicita richiesta di appuntamento dello studente e/o del genitore con la Dott.ssa **PAOLA LANCELLOTTI**;
- lo Psicologo è tenuto a garantire l'assoluta segretezza dei dati sensibili raccolti mediante i colloqui, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal D. Lgs. 196/2003;
- lo Psicologo può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale circa le notizie, i fatti e le informazioni apprese durante i colloqui, SOLO nel caso venga a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica del minorenne preso in carico; nel qual caso è tenuto ad informare SOLO la famiglia per suggerire gli interventi appropriati;
- la presente autorizzazione è valida per l'anno scolastico 2024/2025, fatta salva la possibilità dei genitori/tutori/affidatari di esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi direttamente agli uffici di Segreteria negli orari di apertura al pubblico.

### PERTANTO

**AUTORIZZA**

**NON AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a, minorenne, ad usufruire dei colloqui individuali nell'ambito del servizio di "Sportello di ascolto e supporto psicopedagogico".

### Firma di entrambi i Genitori:

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Qualora la presente sia firmata da un solo genitore, si richiede la compilazione da parte del firmatario anche della parte sottostante:

*"Il sottoscritto \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".*

### Firma di un solo genitore:

Padre/Madre: \_\_\_\_\_