



ISTITUTO COMPRESIVO “J. SANNAZARO”
Via F. CAVALLOTTI, 15 TEL. 0828/793037 - FAX 0828/793256
84020 – OLIVETO CITRA (SA) – CF. 82005110653 – C.M. SAIC81300D
E-MAIL: SAIC81300D@ISTRUZIONE.IT _ sito internet: WWW.OLIVETOCITRAIC.GOV.IT
PEC: SAIC81300D@PEC.ISTRUZIONE.IT
SISTEMA GESTIONE QUALITÀ UNI – EN – ISO 9004 – 2000
CODICE UNIVOCO FATTURAZIONE ELETTRONICA UFJ9L5

PROT.N.0003292 IV.5

OLIVETO CITRA, 25/10/2018
AI GENITORI DEGLI ALUNNI
SCUOLA SECONDARIA I GRADO
AI DOCENTI
SCUOLA SECONDARIA I GRADO
ALBO/ATTI

OGGETTO: ATTIVAZIONE SPORTELLO “SPAZIO ADOLESCENTI”

Dopo l’incontro informativo e di preparazione del 16 ottobre 2018 con la dott.ssa Maria Sparano, si comunica ai docenti, agli alunni e ai genitori della Secondaria di I Grado che, in conformità alle indicazioni dell’Organizzazione mondiale della Sanità ed in coerenza con il P.T.O.F dell’Istituto, sarà attivato lo sportello “Spazio adolescenti”, con la collaborazione dell’ASL SALERNO - Distretto 64 di Eboli, con l’obiettivo di promuovere il benessere psichico e socio-relazionale nonché momenti di dialogo, di riflessione e di ascolto delle problematiche adolescenziali.

Gli incontri con la Dott.ssa Maria Sparano, sociologa, avverranno prevalentemente in classe o su piccoli gruppi. Nell’eventualità di richieste di colloqui individuali, questi si terranno su prenotazione in un’aula dedicata che garantisca la riservatezza.

Lo sportello “Spazio adolescenti” opererà con cadenza mensile dalle ore 9.30 alle ore 11.30, a partire dal mese di ottobre, secondo il seguente calendario:

Martedì 30 Ottobre 2018
Martedì 13 novembre 2018
Martedì 27 novembre 2018
Martedì 11 dicembre 2018
Martedì 15 gennaio 2019
Martedì 29 gennaio 2019
Martedì 12 febbraio 2018
Martedì 26 febbraio 2018
Martedì 12 marzo 2018
Martedì 26 marzo 2018

Per gli eventuali colloqui individuali, si prega di firmare la sottostante autorizzazione che sarà consegnata, tramite i docenti coordinatori di classe, alla prof.ssa Antonietta Bosco.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Lucia MARINO

“Firma autografa omissa ai sensi dell’art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993”



(da restituire al Referente di Classe debitamente firmata)

Io sottoscritto/a.....genitore
dell'alunno.....classe.....sez.....

dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa allo sportello "Spazio adolescenti".

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare ad eventuali colloqui individuali.

Padre _____

Madre _____