



REPUBBLICA ITALIANA – REGIONE SICILIANA – DISTRETTO SCOLASTICO N. 1

**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE STATALE**

**“DON MICHELE ARENA”**

<p><b>I.T.C “Don M. ARENA”</b> Corso Serale “Sirio”</p>	<p><b>I.P.S.C.T. “S. FRISCIA”</b> con sede coordinata a Menfi CTRH – CTS</p>	<p><b>I.P.S.I.A. “A. MIRAGLIA”</b></p>
---	--	--

**CENTRO TERRITORIALE PERMANENTE PER L’E.D.A.**

Via Nenni - ☎0925/22510 – Fax 0925/24247 Via Giotto - ☎0925/85365 – Fax 0925/85366

Corso Miraglia - ☎0925/22239 – Fax 0925/23410 Via ETA (Menfi) ☎ e Fax 0925/74214

C.F. 92002960844 - Sito [www.itcarena.it](http://www.itcarena.it)

E-mail: [agis01600n@istruzione.it](mailto:agis01600n@istruzione.it) - Pec: [agis01600n@pec.istruzione.it](mailto:agis01600n@pec.istruzione.it)

92019 - SCIACCA (AG)

Prot. 149 - c

Sciacca, 11/01/2016

Comunicazione n. 232

**AGLI ALUNNI**

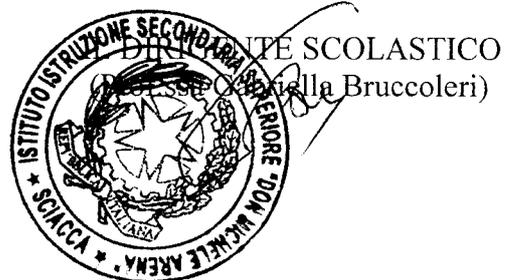
**AI DOCENTI COORDINATORI**

Sito web

**Oggetto: Format per autorizzazione accesso “Sportello ascolto” per gli alunni minorenni.**

Con la presente si comunica che è possibile scaricare dal sito del nostro Istituto il modello per il rilascio dell’autorizzazione per l’accesso degli alunni minorenni allo sportello specificato in oggetto.

Sito



AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti .....genitori/affidatari dell'alunno/a.....nato/a.....il.....frequentante la classe.....dell'I.I.S.S."Don Michele Arena" di Sciacca, presa visione dell'istituzione dello Sportello di ascolto attivo per l'anno scolastico 2015/2016 e considerato che Vostro/a figlio/a potrà accedere allo Sportello di ascolto, su sua spontanea iniziativa e soltanto con la Vostra autorizzazione

AUTORIZZANO

- Si
- No

il proprio figlio/a ad **usufruire dello Sportello di Ascolto** con la presenza di una psicologa, in maniera riservata presso il proprio Istituto.

Data \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti .....genitori/affidatari dell'alunno/a.....nato/a.....il.....frequentante la classe.....dell'I.I.S.S."Don Michele Arena" di Sciacca, presa visione dell'istituzione dello Sportello di ascolto attivo per l'anno scolastico 2015/2016 e considerato che Vostro/a figlio/a potrà accedere allo Sportello di ascolto, su sua spontanea iniziativa e soltanto con la Vostra autorizzazione

AUTORIZZANO

- Si
- No

il proprio figlio/a ad **usufruire dello Sportello di Ascolto** con la presenza di una psicologa, in maniera riservata presso il proprio Istituto.

Data \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_