



ISTITUTO COMPRENSIVO ALVISE PISANI
Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di Primo Grado
PER I COMUNI DI STRA E FIESSO D'ARTICO
30039 STRA (VENEZIA) - VIA FOSSOLOVARA, 37



Telefono 049/9800893 Fax 049/9800108
Email veic86400p@istruzione.it
CODICE MECCANOGRAFICO VEIC86400P
COD. FISCALE 90159770271
Posta certificata veic86400p@pec.istruzione.it
Sito www.icalvisepisani.edu.it

Ai Genitori degli alunni
Al Personale Docente
Al Personale ATA
Scuola Secondaria di Primo Grado
"G. Baldan" e "C. Goldoni"

I.C. "Alvise Pisani" Stra

Circ. prot. v. segnatuta

Stra, 22 ottobre 2024

Oggetto: Progetto "Punto Ascolto. Ben-essere a scuola" a.s. 2024-25.

Si comunica che a partire da **giovedì 7 novembre 2024** sarà attivo nella scuola secondaria di primo grado un punto di ascolto con l'obiettivo di promuovere il benessere a scuola.

Il Punto Ascolto sarà gestito dallo psicologo e psicoterapeuta dott. Alfio Checchin e sarà aperto a tutti gli alunni dei plessi "G. Baldan" di San Pietro di Stra e "C. Goldoni" di Fiesse d'Artico.

Al Punto Ascolto gli studenti potranno accedere previo appuntamento secondo le modalità indicate nella locandina allegata alla presente.

Si ricorda che è necessaria l'autorizzazione di almeno un genitore per accedere al colloquio.

Si prega pertanto di compilare l'autorizzazione (la cui copia si trova in allegato alla presente), che sarà distribuita a tutti gli studenti e di consegnarla al coordinatore di classe **entro il giorno 31 ottobre.**

Il Dirigente Scolastico
ALBERTO FURLANETTO
Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ex art.3 c.2 D.Lg.vo 39/93

ALLEGATO: AUTORIZZAZIONE

AUTORIZZAZIONE
“Punto Ascolto ” a.s. 2024-25
per i plessi “G. Baldan”- San Pietro di Stra e “C. Goldoni” – Fiesso d’Artico

Il sottoscritto _____, genitore dell’ alunna/o
_____ della classe _____

AUTORIZZO

mio figlia/o a richiedere un eventuale colloquio con lo psicologo dott. A. Checchin.

Luogo e data, _____ FIRMA _____

ALLEGATO: AUTORIZZAZIONE

AUTORIZZAZIONE
“Punto Ascolto ” a.s. 2024-25
per i plessi “G. Baldan”- San Pietro di Stra e “C. Goldoni” – Fiesso d’Artico

Il sottoscritto _____, genitore dell’ alunna/o
_____ della classe _____

AUTORIZZO

mio figlia/o a richiedere un eventuale colloquio con lo psicologo dott. A. Checchin.

Luogo e data, _____ FIRMA _____