



**ISTITUTO COMPRENSIVO "DON TONINO BELLO"
PALOMBAIO - MARIOTTO**

Via Sen. Sylos Labini, s.n. Palombaio (BA)
Cod. Fisc. 93360210723
e-mail: baic80800a@istruzione.it – pec: baic80800a@pec.istruzione.it
Tel/fax 080/3735980 – www.icdontoninobello.gov.it
Codice Univoco IPA: UFK0WW



Prot. n. 522 / IV - 05

Circ. n. 77

Palombaio, 13/02/2019

Ai Sigg. Docenti Primaria e Sec. 1° Grado

Ai Sigg. Genitori

Loro sedi

– Al Sito Web

Oggetto: progetto back to school.

Si porta a conoscenza di quanti in indirizzo che, nell'ambito del progetto back to school, promosso dall'Amministrazione Comunale con lo scopo di arginare il dilagante fenomeno della dispersione scolastica, sarà possibile fruire di uno sportello di ascolto rivolto a minori, insegnanti e genitori.

Si tratta di una consulenza finalizzata al benessere psicologico, al sostegno emotivo – affettivo, all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento di qualificante ascolto e di sviluppo con lo scopo di creare una rete di supporto e prevenzione del fenomeno per la dispersione scolastica.

L'obiettivo del progetto è la costituzione di un data base per il censimento delle assenze superiori ai cinque giorni non giustificate da certificato medico.

Per fare ciò è necessario raccogliere l'autorizzazione dei genitori ed il loro consenso informato facendo firmare il modulo che si allega come esempio.

Ovviamente non è obbligatorio che i genitori aderiscano alla creazione del data base.

Si chiede ai sigg.ri docenti la disseminazione e conseguente compilazione del modulo autorizzativo da parte dei genitori degli alunni dell'Istituto, che lo volessero.



Il Dirigente Scolastico Reggente

(Prof.ssa Mariapia Matilde Giannocari)



IVERE INSIEME

Soc. Coop. Sociale a.r.l.

Via Brigata Barletta, 73 76121 Barletta

P. IVA 06079810724

Iscr. Albo Naz. A155592

Tel. e fax 0883/890284



CONSENSO INFORMATO per minori

I sottoscritti:

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (_____) il _____

e residente a _____ (_____), in via _____

Telefono _____

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (_____) il _____

e residente a _____ (_____), in via _____

Telefono _____

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore _____

che frequenta la classe _____ sez _____

☐ AUTORIZZANO

☐ NON AUTORIZZANO

(Barrare la casella che interessa)

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto nel caso lo desideri. Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Data, _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____