|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| /var/folders/23/tlrxnhld1_3cpm3cwb2w37wr0000gn/T/com.microsoft.Word/Content.MSO/7D3892A9.tmp | *MIUR**ISTITUTO COMPRENSIVO “MARGHERITA HACK”*VIA CROCE ROSSA N. 4 – 20097 - SAN DONATO MILANESECOD. MECC. MIIC8FB00P – C.F.: 97667080150TEL 025231684 – FAX 0255600141e-mail:MIIC8FB00P@istruzione.it - e-mail PEC:MIIC8FB00P@PEC.istruzione.it[*http://www.icsmargheritahacksandonatomi.edu.it/*](http://www.icsmargheritahacksandonatomi.edu.it/)**Codice Univoco Ufficio:** UF3XK7IBAN: IT23Z0503433712000000000513 |  |

Circ. n. 89/secondaria San Donato Milanese, 05/12/2019

Ai Genitori degli alunni

Scuola Secondaria

‘Galileo Galilei’

***Oggetto: Servizio di Counseling @ Galileo Galilei***

Si comunica che anche quest’anno viene offerto, da parte della prof.ssa Visciglio, con qualifica di Counselor, il servizio di Counseling scolastico, per fornire agli studenti un aiuto nel:

* raggiungere una maggiore consapevolezza dei propri bisogni e sviluppare la competenza nel comunicarli;
* riconoscere le proprie risorse personali nell’affrontare l’impegno scolastico;
* acquisire assertività;
* prendere decisioni inerenti il percorso scolastico;
* assumere responsabilità nei confronti dei propri obiettivi e nelle relazioni a scuola;
* potenziare l'autostima;
* scegliere e attivare una rete di supporto;
* raggiungere la consapevolezza del proprio comportamento nell’ambito scolastico;
* assumere la responsabilità del cambiamento, nell’attivazione di strategie per ovviare all’insuccesso scolastico;
* potenziare la consapevolezza e il controllo del dialogo interiore, per favorire la motivazione allo studio.

I colloqui verranno direttamente concordati con gli alunni e verranno dagli stessi valutati in forma anonima e facoltativa.

Si allega modulo per il rilascio dell’autorizzazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 F.to Prof. Carlo Massaro

 Firma autografa omessa ai sensi del D.lgs 39/1993 art. 3 c.2

***Autorizzazione Servizio di Counseling @ Galileo Galilei***

Noi sottoscritti

Madre …………………..……………………………….………………….. Padre………..…………………………………………Genitori dell’alunno/a ………………………………………………………………………………………….

classe ……………… avendo ricevuto la circolare n. del ………

[] autorizziamo nostro/a figlio/a a partecipare allo sportello di ascolto scolastico – counseling

[] non autorizziamo nostro/a figlio/a a partecipare allo sportello di ascolto scolastico – counseling

Data,……………….

 **Firma dei Genitori**

………………………………….

 ………………………………….

I sottoscritti ……………………………………….…………………………………………………..…..dichiarano di aver preso visione dell’ Informativa sulla Privacy ai sensi dell’art.13 del GDPR 2018 pubblicata sul sito web istituzionale <http://www.icsmargheritahacksandonatomi.edu.it/privacy_gdpr/>

Autorizzano, anche ai sensi dell’art. 10 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n.633, Legge sul diritto d’autore, l’utilizzo a titolo gratuito delle foto o video di cui in oggetto.

La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo ai sensi degli artt. da 15a 22e dell’art. 34 del GDPR con comunicazione scritta da inviare alla scuola.

**Firma dei Genitori**

………………………………….

 ………………………………….