



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE  
"Città di Luino – Carlo Volonté"**



**Sede centrale:**  
Via Lugano 24/A  
21016 LUINO (VA)  
Tel.: 0332.530387  
FAX: 0332.534523

Sito: [www.isisluino.it](http://www.isisluino.it)  
E-mail: [VAIS003001@istruzione.it](mailto:VAIS003001@istruzione.it)  
[segreteria@isisluino.it](mailto:segreteria@isisluino.it)  
[vais003001@pec.istruzione.it](mailto:vais003001@pec.istruzione.it)  
C.F.:84002750127  
c/c postale n. 18840215

**Sede associata:**  
Via Cervinia 54  
21016 LUINO (VA)  
Tel.: 0332.511643  
FAX:0332.511643

**CIRCOLARE N. 37 DEL 24/11/2014**

**AI GENITORI E ALUNNI  
INTERESSATI**

Prot. n. 4987/B

**OGGETTO: attivazione sportello psicologico a. s. 2014/2015.**

Nell'ambito dell'ampliamento dell'Offerta Formativa si comunica che dal  **mese di dicembre 2014** sarà attivo lo sportello psicologico a favore di alunni/e, genitori e docenti che desiderassero questa consulenza.

A gestire questo servizio sarà il **Dott. Maggi Alessandro**, psicologo. **Allo sportello si potrà accedere solo su appuntamento contattando prima gli insegnanti di riferimento.**

Mediamente lo psicologo sarà presente:

il lunedì mattina in Sede Centrale e in Sede Associata presso la biblioteca, a seconda degli appuntamenti, vedere calendario allegato.

Gli insegnanti di riferimento sono:

- Prof.<sup>ssa</sup> **Allemani Susanna** per la sede associata
- Prof. **Lepore Armando** per la sede centrale

I genitori degli alunni minorenni che scelgono di avere questa opportunità per il proprio figlio dovranno comunicare l'autorizzazione RESTITUENDO al coordinatore di classe il tagliando sottostante.

Sperando che l'iniziativa sia gradita, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

**Dirigente Scolastico**

**Prof.<sup>ssa</sup> Lorena Cesarin**

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi  
e per effetti dell'art. 3, c. 2, Lsg.n. 39/1993)

**CIRCOLARE N. 37 AUTORIZZAZIONE AD USUFRUIRE DELLA CONSULENZA – SPORTELLO PSICOLOGICO**

(da restituire ai coordinatori di classe i quali li consegneranno alla prof.<sup>ssa</sup> **Allemani S.**.(sede associata) – prof. **Lepore A.** (sede centrale)

Il/La sottoscritto/a ..... genitore dell'alunno/a ..... classe ..... con la

Presente **AUTORIZZA**  --- **NON AUTORIZZA**  il/la proprio figlio/a ad usufruire della suddetto servizio.

Data.....

Firma .....