



Ministero dell'Istruzione e del Merito
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO di ISTRUZIONE SUPERIORE "Guglielmo Marconi"
TECNICO SETTORE TECNOLOGICO: Elettronica ed Elettrotecnica,
Meccanica e Meccatronica, Informatica e Telecomunicazioni - RMTF11201Q
LICEO SCIENTIFICO opzione Scienze Applicate
LICEO SCIENTIFICO sezione ad indirizzo Sportivo - RMPS11201N
Email rmis112007@istruzione.it Distretto n. 29 - C.F. 91069300589 – RMIS112007
Via C. Corradetti, 2-tel.06/121124375 fax-0766/22708 - 00053-CIVITAVECCHIA

CIRCOLARE N. 61

ALLA CORTESE ATTENZIONE DI
DOCENTI
STUDENTI
FAMIGLIE
PERSONALE ATA
IIS MARCONI

OGGETTO: Sportello di ascolto - Ass.ne "Il Ponte- Centro di Solidarietà"

Si comunica che, **da martedì 21 ottobre 2025**, l'Associazione "Il Ponte Centro di Solidarietà Onlus" offrirà a questo Istituto un servizio di consulenza e ascolto psicologico, attivo ogni **martedì dalle 10.40 alle 12.40 presso i locali della scuola.**

Lo sportello è aperto a tutto il personale, docente e non, a tutti gli studenti e relative famiglie.

Il servizio offrirà anche la possibilità di svolgere incontri di classe laddove richiesto dalla scuola. **Per tutti è necessaria una prenotazione:** è possibile contattare la Dottoressa **Annalisa Caruso** direttamente al suo indirizzo mail annalisa.caruso@marconicloud.it, scrivendo il proprio nominativo e l'eventuale classe di appartenenza; la dottoressa contatterà successivamente chi ha inoltrato la richiesta, indicando data e ora dell'incontro.

Per i minorenni è necessario il consenso di entrambi genitori, da firmare e consegnare direttamente alla Dottoressa Caruso in occasione del primo incontro, in seguito al quale lo studente minore sarà libero di usufruire del servizio in qualunque momento.

In allegato il modulo di autorizzazione da compilare da parte delle famiglie.

Civitavecchia, 14/10/2025

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Sabrina Quintili

FIRMA SOSTITUITA A MEZZO STAMPA AI
SENSI DELL'ART. 3 CO. 2 DEL D.Lgs n. 39/93

Autorizzazione di accesso allo "Sportello d'Ascolto" presso l'I.I.S. Marconi di Civitavecchia

Noi sottoscritti,

(Cognome e nome del padre).....

(Cognome e nome della madre).....

genitori dell'alunno/a.....classe.....,

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato/a, acquisite le

informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003,

ACCONSENTIAMO: NO SI

che nostro/a figlio/a possa accedere al servizio di consulenza psicologica svolto dalla Dott.ssa

Annalisa Caruso per il corrente anno scolastico 2024/2025 presso l'IIS Marconi di Civitavecchia.

Data.....

Firma del padre.....

Firma della madre.....