|  |  |
| --- | --- |
| emblema_della_repubblica_italiana | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE ALZANO LOMBARDO**  **-------**  Via F.lli Valenti , 6 – 24022 Alzano Lombardo (BG)  C.F. 95118410166 – Cod.Mec. BGIC82100T – Sito [www.icalzanolombardo.gov.it](http://www.icalzanolombardo.gov.it)  Tel. 035.511390 – Fax 035.515693 – Mail [bgic82100t@istruzione.it](mailto:bgic82100t@istruzione.it) - Pec [bgic82100t@pec.istruzione.it](mailto:bgic82100t@pec.istruzione.it) |



**RICHIESTA ACCESSO ALLO SPORTELLO GENITORI**

Da inviare via mail all’indirizzo: [sportello.psi@icalzanolombardo.it](mailto:sportello.psi@icalzanolombardo.it)

**All’attenzione della dott.ssa Tresoldi Veronica**

I sottoscritti genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitori dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare se Infanzia, Primaria o Secondaria)

Del plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

la possibilità di un incontro con la specialista dello sportello genitori dell’Istituto Comprensivo di Alzano Lombardo (a.s. 2016/2017) in merito alla seguente area di interesse

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia richiesta | Indicare SI per l’area o le aree di interesse |
| Dubbi o difficoltà dei genitori nell'educazione del figlio |  |
| Difficoltà di relazione del figlio all'interno dell'ambiente familiare |  |
| Difficoltà di relazione del figlio con i compagni |  |
| Situazioni di disagio e fragilità del figlio nel processo di crescita |  |
| Calo del rendimento scolastico e/o della motivazione allo studio |  |
| Parere o consiglio in relazione all'eventuale invio ai servizi territoriali |  |
| ALTRO (specificare) |  |

Preferenze in merito a orari/giorni (non è detto che possano essere rispettati): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riferimenti per un contatto (mail e/o telefono): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I sottoscritti si dichiarano consapevoli delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

I sottoscritti consegneranno nel primo colloquio il modulo di autorizzazione per il colloquio con la specialista.

I sottoscritti autorizzano il trattamento dei dati personali in base art. 13 del D. Lgs. 196/2003 per i fini indicati nella suddetta informativa

In fede, i sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alzano Lombardo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_