



ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SPECIALIZZATA PER SORDI
con CONVITTO PER SORDI DI ROMA Annesso
"Antonio Magarotto"



www.isiss-magarotto.edu.it pecrmis092007@pec.istruzione.it

Sede Legale: Vicolo del Casal Lumbroso 129 00166 Roma - C.F. 80223210586 - Tel 06121127720/1

Mail: sedi Roma rmis092007@istruzione.it - sede Torino tors010007@istruzione.it - Sede Padova pdttd13000q@istruzione.it

IPSIA Magarotto	V.lo del Casal Lumbroso 129	00166	ROMA	Tel	06121127720/1
Liceo Scientifico Scienze Applicate	V.lo del Casal Lumbroso 129	00166	ROMA	Tel	06121127720/1
Liceo Scientifico indirizzo Sportivo	V.lo del Casal Lumbroso 129	00166	ROMA	Tel	06121127720/1
SMS Severino Fabriani	V.lo del Casal Lumbroso 129	00166	ROMA	Tel	06121127720/1
I.C. Tommaso Silvestri e Succ. SMS	Via Nomentana 56	00161	ROMA	Tel	0644254656
CONVITTO per Sordi di Roma	V.lo del Casal Lumbroso 129	00166	ROMA	Tel	06121127720/1
IPSIA Magarotto	Via Monte Corno 34	10127	TORINO	Tel	0113174189
ITE Magarotto	Via Cave 180	35136	PADOVA	Tel	049720700

Padova, 1/12/2021

Sede ISISS ITE di Padova
Agli alunni e ai loro genitori
Ai Docenti
Al Personale ATA

Circolare n. 58

OGGETTO: Sportello di ascolto psicologico. Ripresa attività a.s. 2021-2022.

Si comunica che da questa settimana ripartirà lo sportello di ascolto psicologico per gli studenti della nostra scuola con lo psicologo Dott. Mauro Mottinelli.

Gli incontri si svolgeranno in presenza e/o a distanza.

Per gli incontri on-line, gli studenti dovranno prendere appuntamento **in orario pomeridiano** contattando direttamente il Dott. Mottinelli, avvisando la sottoscritta, Prof.ssa Arianna Caccaro, che fornirà i contatti per poter comunicare direttamente con lui (numero di cellulare e indirizzo e-mail).

Per gli incontri in presenza, verrà comunicato un calendario prossimamente.

Gli studenti minorenni interessati a partecipare dovranno essere muniti di autorizzazione dei genitori (vedi modulo allegato). Le autorizzazioni dovranno essere inviate alla seguente e-mail: pdttd13000q@istruzione.it.



Per IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Isabella Pinto

IL DIRETTORE DI SEDE
Prof.ssa Arianna Caccaro

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d.lgs. 39/93*

AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti _____

genitori dell'allievo/a _____ AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad accedere allo sportello di ascolto psicologico.

Data: _____

Firme:
