

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
**Istituto Superiore**  
**"Giovanni Falcone"**  
**via Matteotti, 4 – 21013 Gallarate (VA)**

☎ 0331-774605 ☎ 0331-245498  
☎ 0331- 770379

cf 82009260124  
www.isfalconegallarate.edu.it

✉ : falcone@isfalconegallarate.it  
✉ : vais023006@istruzione.it  
✉ : vais023006@pec.istruzione.it

**Circ. N. 401 del 28.3.2020**

A tutti gli studenti  
A tutti i genitori  
A tutti i Docenti  
Al personale non docente  
Agli specialisti: dott.ssa Bertinotti, dott.ssa Bottini, dott.ssa Garatti  
Al sito d'Istituto  
Alla DSGA

**Oggetto: Ripristino servizio di sportello per consulenza psicologica (CIC) e corsi**

Si comunica che, a partire dal **1 Aprile 2020**, sarà riattivato lo sportello di consulenza psicologica di cui in oggetto. Possono usufruire di tale servizio tutti i destinatari della presente, come da modalità di seguito indicate.

**Studenti/genitori/docenti** : dovranno **compilare** la scheda come da modello allegato alla presente, **RICHIESTA SPORTELLO CIC**, debitamente compilata e inviarla, in funzione dell'indirizzo di studi frequentato a:

- grafico, servizi della cultura e dello spettacolo, fotografia: prof.ssa **Luisa Santoro** - email luisa.santoro@isfalconegallarate.it
- alberghiero, regionale iefp: prof.ssa **Giulia Tamborini** - email giulia.tamborini@isfalconegallarate.it

I docenti referenti, valuteranno la richiesta pervenuta e inoltreranno la scheda con i riferimenti opportuni alla professionista di riferimento individuata.

I professionisti, contatteranno, tramite mail, lo studente/genitore per espletare tutte le procedure necessarie (liberatorie, privacy, etc) e invieranno il link meet con le indicazioni necessarie per svolgere l'incontro in modalità telematica.

**I professionisti**, di cui in indirizzo della presente, sono tenuti a compilare il foglio exel **SERVIZIO CIC**, reperibile sul sito d'istituto, contenente schede di pianificazione settimanali, per definire le disponibilità in orario pomeridiano, e la conferma dell'avvenuto colloquio, eventualmente con l'inserimento di note esplicative. **I docenti referenti**, in tale foglio, dovranno indicare la data di inoltro della mail di richiesta alla professionista individuata e il codice di riferimento del richiedente. Tale modello, sostituisce il registro, abitualmente utilizzato in istituto, e farà fede come dispositivo contabile di prestazione di servizio. Resta inteso che tale foglio è condiviso solo dai professionisti, dai docenti referenti, dalla DSGA e dal DS.

I professionisti riceveranno una email istituzionale per avere idoneo riconoscimento all'interno del dominio di condivisione ( isfalconegallarate.it).

Per la prosecuzione **del corso di formazione della dott.ssa Bertinotti**, verrà creata nell'ambiente classroom, una classe virtuale. La gestione della classe sarà di competenza delle referenti prof.ssa Tamborini e prof.ssa Santoro. Alla classe, oltre alle professioniste, saranno associati i docenti che volessero farne parte, tramite invio mail alle referenti prima citate.

Si ringrazia per la collaborazione

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
**Istituto Superiore**  
**"Giovanni Falcone"**  
**via Matteotti, 4 – 21013 Gallarate (VA)**

☎ 0331-774605 ☎ 0331-245498  
☎ 0331- 770379

cf 82009260124  
www.isfalconegallarate.edu.it

✉ : falcone@isfalconegallarate.it  
✉ : vais023006@istruzione.it  
✉ : vais023006@pec.istruzione.it

**Il Dirigente Scolastico**

Ing. Vito Ilacqua

*(firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs n. 39/1993)*

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
**Istituto Superiore**  
**"Giovanni Falcone"**  
**via Matteotti, 4 – 21013 Gallarate (VA)**

☎ 0331-774605 ☎ 0331-245498  
☎ 0331- 770379

cf 82009260124  
www.isfalconegallarate.edu.it

✉ : falcone@isfalconegallarate.it  
✉ : vais023006@istruzione.it  
✉ : vais023006@pec.istruzione.it

## SCHEDA **RICHIESTA SPORTELLO CIC**

**Il sottoscritto (cognome nome) .....**

**Domiciliato in via ..... Città.....**

**Provincia di .....(    ), email .....**

**Recapito telefonico cell. .... fisso:.....**

**(Contrassegnare la posizione del dichiarante)**

**Studente della classe ..... ind. ....**

**Genitore dello studente (nome dello studente) .....**

**Docente di .....**

**Chiede, nel rispetto e a totale accettazione delle vigenti disposizioni in materia di sicurezza e privacy, di poter usufruire del servizio di sportello psico-pedagogico attivo presso l'istituto superiore "G. Falcone" di Gallarate.**

**Luogo,**

**data ...../...../.....**

**Firma**

---

Parte riservata alla docente referente- **CR** ( 3 car progressivo (000-999), 2 car per cat.  
Richiedente (**STU,GEN,DOC,ATA**) , 3 car per professionista (**BERT**inotti, **GAR**atti, **BOT**tini)  
es **018 STU GAR** (richiesta n.18 pervenuta di uno studente assegnato alla dott.ssa Garatti)

**Codice Richiesta:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inoltrata in data ..... alla dott.ssa .....