ISTITUTO COMPRENSIVO DI PONTE NOSSA

*Scuola dell’Infanzia – Primaria – Secondaria I Grado*

**Indirizzo** Via Rimembranze n. 5, 24028, PONTE NOSSA (BG) – **Telefono** 035 701102 – **C. F.** 90017420168 – **C. M.** BGIC86400Q

**Email** BGIC86400Q@istruzione.it – **PEC** BGIC86400Q@pec.istruzione.it **– Sito** www.icpontenossa.edu.it

**RICHIESTA SPORTELLO ASCOLTO**

Il sottoscritto ……………………………………………………*1* docente della sezione/classe …………………………………*2* della Scuola …………………………………………………………..*3* di ……………………………………………………………….*4* appartenente all’Istituto Comprensivo di Ponte Nossa chiede

🞏 a proprio nome

🞏 a nome del Team docenti (Infanzia e Primaria)

🞏 a nome del Consiglio di classe (Secondaria)

di potersi avvalere dello Sportello di ascolto per docenti (Consultorio Santa Gianna Beretta Molla) per una consulenza relativa

🞏 all’alunno (……………………………………………………………………………………………………………...)*5*

🞏 ad un gruppo di alunni della classe (………………………………………………………………………………………………………)*6*

🞏 alla classe

Motivazione:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

In fede,

……………………………, …………./…………./………….

Firma del docente ………………………..................................

*1 Scrivere nome e cognome del docente*

*2 Specificare classe e sezione*

*3 Specificare se Infanzia / Primaria / Secondaria*

*4 Specificare il plesso di appartenenza*

*5 Specificare il nome dell’alunno per il quale si richiede la consulenza*

*6 Specificare i nomi degli alunni per i quali si richiede la consulenza*

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

Visto:

Si autorizza

Non si autorizza

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Veronica Facchi