

REPUBBLICA ITALIANA- REGIONE SICILIANA

**OSSERVATORIO LOCALE PER LA DISPERSIONE SCOLASTICA E LA PROMOZIONE DEL SUCCESSO SCOLATICO E FORMATIVO**

**I.I.S.S. “CALOGERO AMATO VETRANO”**

**SCUOLA SEDE DI COORDINAZIONE**

 **Prot. Al Dirigente Scolastico dell’I.I.S.S. “C. AMATO VETRANO”**

 **Coordinatore Osservatorio locale di Sciacca**

**All’ O.P.T. Mariateresa Insinga**

**OGGETTO: Richiesta consulenza psico-pedagogica e /o interventi O.P.T.**

|  |  |
| --- | --- |
| DATA |  |
| ISTITUTO SCOLASTICO |  |
| PLESSO |  |
| ALUNNO E CLASSE |  |
| Insegnante/i referente/i |  |
| Tipo di richiesta | **☐ Incontro con dirigente scolastico****☐ Colloquio con i docenti per situazioni suscettibili di eventuali approfondimenti****☐Consulenza psico-pedagogica su un singolo alunno (\*)****☐Consulenza psico-pedagogica sulla classe****☐Incontro con la famiglia****☐ Convocazione G.O.S.P.****☐ Altro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (\*) Eventuale assenso della famiglia nel caso di consulenza su singolo alunno | **☐ Non informata per ora poiché si tratta di confronto preliminare****☐ Assenso da acquisire in un successivo colloquio prima di procedere****☐ Disponibilità ad essere coinvolta con assenso all’intervento** |
| Recapito telefonico referente e giorno per appuntamento | **Cell/tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Consulenza giorno: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Ore: \_\_\_\_\_\_\_**Si specifica che l’intervento è già stato concordato con l’O.P.T. |
| **Descrizione sintetica**(\*) Nel caso di consulenza psico-pedagogica su singolo alunno, non devono essere riportati dati identificativi del soggetto con riferimento alla normativa della privacy. |  |

NOTA BENE: Tutti gli operatori della scuola, per vincolo deontologico, sono tenuti alla riservatezza dei dati acquisiti. Si ricorda che l'utilizzo della scheda è strettamente riservato, non può essere fotocopiata e/o divulgata”.

*Ringraziando per la collaborazione, si porgono cordiali saluti*

Il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Il Docente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Visto si autorizza:***

***Dirigente/coordinatore Dott.ssa Caterina Mulè***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*