



Istituto di Istruzione Superiore
"VANVITELLI STRACCA ANGELINI"

Via Umberto Trevi, 4 - 60127 Ancona - Tel.071 4190711 - Fax 0714190712
C.F. 93084450423 - Cod. meccanografico ANIS00400L - Sito www.istvas.edu.it
email: anis00400l@istruzione.it - anis00400l@pec.istruzione.it - scuola@istvas.edu.it
Codice univoco fatturazione UF01E9 - Codice IPA: istsc_anis00400l



**INDIRIZZI DI STUDIO: Agraria Agroalimentare e Agroindustria - Chimica, Materiali e Biotecnologie (Ambientali e Sanitarie) -
Costruzioni, Ambiente e Territorio - Sistema Moda**

Circolare n. 0197

Ancona, 10.11.2023

Alle studentesse e agli studenti
Alle famiglie delle studentesse e degli studenti
Ai docenti
Al personale ATA

Oggetto: Avvio Progetto Ben-essere.

Facendo seguito alla circ. n. 0067 del 25.09.2023, si comunica che dalla prossima settimana prenderà il via lo "Sportello d'ascolto", rivolto a studentesse, studenti, famiglie e personale docente e non docente dell'Istituto; in casi particolari si potranno effettuare incontri anche all'intero gruppo classe.

Lo sportello sarà effettuato dalla dott.ssa Silvia Giuliani, alla quale gli studenti potranno direttamente rivolgersi via telefono o WhatsApp, al numero 3492399740, indicando nome e cognome e classe. Anche famiglie e personale docente e non docente potranno utilizzare lo stesso canale. La dott.ssa Giuliani fisserà l'appuntamento. In alternativa ci si potrà rivolgere alla prof.ssa Piloni Maria Grazia, referente del progetto.

Lo sportello verrà effettuato in biblioteca, quando non aperta al prestito dei libri o impegnata in altre attività prenotate, mentre la data sarà comunicata direttamente dalla dott.ssa Giuliani.

Si ricorda che nella circ. n. 0067 era presente un'autorizzazione da firmare da parte dei genitori e da riconsegnare alla prof.ssa Piloni. Si chiede gentilmente ai Coordinatori di classe di verificare, e in caso contrario, sollecitare, che tutti gli studenti abbiano riconsegnato, firmata, l'autorizzazione.

Si confida nella più ampia collaborazione.

Distinti saluti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Ing. Francesco Savore

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

//tt



DA RICONSEGNARE AL COORDINATORE DELLA CLASSE ENTRO IL 05.10.2023

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE INCONTRI_PROGETTO BENESSERE

Il/la sottoscritto/a _____, genitore/tutore dell'alunno/a
_____, frequentante la classe _____, autorizza
suo/a figlio/a a partecipare, durante l'anno scolastico, agli incontri, individuali o in classe, nell'ambito del Progetto
Benessere.

Firma di un genitore/tutore
