

U.F. SER.D. ZONA APUANE
SERVIZIO SPORTELLLO DI ASCOLTO
SCHEDE ADESIONE



ISTITUTO SCOLASTICO: _____

SEDE SCOLASTICA: _____ MESE DI AVVIO: _____

PROF. REFERENTE ALLA SALUTE: SI NO

NOMINATIVO	CONTATTI
	EMAIL
	CELLULARE

DELEGATO: SI NO

NOMINATIVO	CONTATTI
	EMAIL
	CELLULARE

RISORSE DEDICATE AL CONSULTO ON LINE: SI NO

DESCRIZIONE DELLA MODALITA' ON LINE

PIATTAFORMA WEB DEDICATA DELLA SCUOLA (indicare) _____

POSTAZIONE TELEMATICA DA REMOTO CON PRIVACY (per lo studente)

ACCESSIBILITA' DEL CONSULENTE (tramite link dedicato o account)

ORARIO (da programmare con l'operatore di riferimento) SI NO

ORARIO CONDIVISO CON ISTITUTO SI NO

DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO SPORTELLLO DI ASCOLTO ONLINE: SI NO

AZIONI

CIRCOLARE STUDENTI SITO

CIRCOLARE PROFESSORI ALTRO (indicare) _____

MANIFESTI

MODALITÀ PRENOTAZIONI

REGISTRO PRENOTAZIONI SI NO

REFERENTE (Nominativo per prenotazioni e invio link di accesso all'operatore/studente) _____

STUDENTI COINVOLTI

PRIME CLASSI

PRIME E SECONDE CLASSI

TUTTE LE CLASSI

MODALITÀ TUTELA ANONIMATO: SI NO

QUALI?

CODICE NOMINATIVO

CONVOCAZIONE PROTETTA

ALTRO (indicare) _____

AUTORIZZAZIONE FAMILIARI SI NO

FIRMA DIRIGENTE SCOLASTICO _____

FIRMA PROFESSORE REFERENTE ALLA SALUTE _____

Luogo e data di compilazione: _____