

ISTITUTO COMPRENSIVO VILAFRANCA TIRRENA

Codice Scuola **MEIC819005**

Via S. Giuseppe Calasanzio, 17- Tel./Fax 090/334517

C. F. 97105960831

98049 VILAFRANCA TIRRENA (ME)

E – mail meic819005@istruzione.it - meic819005@pec.istruzione.it

sito web: www.icvillafrancatirrena.edu.it

Circ. n. 108

ISTITUTO COMPRENSIVO VILAFRANCA TIRRENA
Prot. 0017547 del 14/10/2025
IV (Uscita)

AL PERSONALE DOCENTE della Scuola Primaria
dell'I.C. di Villafranca Tirrena

AGLI ALUNNI della Scuola Primaria
dell'I.C. di Villafranca Tirrena

ALLE FAMIGLIE DEGLI ALUNNI
della Scuola Primaria
dell'I.C. di Villafranca Tirrena

AL D.S.G.A
AL PERSONALE ATA
Loro sedi –

Agli Atti
All'Albo
Al sito

Oggetto: Attivazione sportello ascolto e supporto psicologico-Scuola Primaria- 2025-26

Si comunica che, **a partire dal giorno 21 ottobre 2025** con cadenza settimanale, sarà attivo presso questa Istituzione Scolastica il “Servizio di Ascolto e Supporto Psicologico” a.s. 2025/2026 rivolto agli alunni della scuola primaria, ai genitori, nonché al personale docente e ATA.

Questa Istituzione Scolastica ha deciso di promuovere il servizio in oggetto che persegue la finalità di fornire supporto psicologico; detta finalità sarà realizzata mediante l'intervento professionale della Psicologa dott.ssa Staropoli Teresa, iscritta all'Ordine degli Psicologi.

Il servizio ha lo scopo di fornire uno “spazio” di accoglienza e di ascolto a favore degli studenti, per affrontare eventuali disagi e difficoltà, sostenendo le famiglie per far emergere risorse e competenze genitoriali. Vuole offrire, altresì, uno “spazio” di consulenza ai docenti per le problematiche relative alla gestione del gruppo classe, a disagi di tipo relazionale/comunicativo, offrendo una mediazione tra insegnanti e genitori, con il solo obiettivo di promuovere modalità di relazione funzionali al benessere degli studenti ed eventualmente intervenire sul disagio

MODALITÀ DI FRUIZIONE DEL “SERVIZIO DI SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO”

Per accedere al servizio, gli studenti dovranno essere preventivamente autorizzati da entrambi i genitori, mediante apposito modulo (allegato), che i genitori dovranno compilare e inviare alla mail istituzionale meic819005@istruzione.it specificando nell'oggetto **Autorizzazione sportello di ascolto**. Sarà cura della scuola trasmettere alla dott.ssa Staropoli Teresa le autorizzazioni dei genitori, al fine di consentire la gestione degli appuntamenti.

Il personale scolastico (Docente ed ATA) e i genitori interessati a beneficiare del servizio possono richiedere un appuntamento inviando una mail direttamente alla dott.ssa al seguente indirizzo teresa.staropoli@gmail.com

CALENDARIO DI ATTIVAZIONE DELLO “SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO”

Lo sportello di ascolto sarà attivo, con cadenza settimanale, a partire dal 21/10/2025 dalle 15:00 alle 18:00.

Gli incontri si svolgeranno in presenza, in orario pomeridiano, presso la Scuola Secondaria di I gr. “L. Da Vinci”.

Si allega:

- Informativa e Modulo per consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico.

**F.to Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Rossana Ingrassia**
firma autografa sostituita a mezzo stampa
ex art. 3, comma 2, D.L. 39, 1993

ISTITUTO COMPRENSIVO VILLAFRANCA TIRRENA

Codice Scuola **MEIC819005**

Via S. Giuseppe Calasanzio, 17- Tel./Fax 090/334517

C. F. 97105960831

98049 VILLAFRANCA TIRRENA (ME)

E – mail meic819005@istruzione.it - meic819005@pec.istruzione.it

sito web: www.icvillafrancatirrena.edu.it

Modulo per consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico

Il sottoscritto _____

La sottoscritta _____ Genitore/i
dell'alunno _____ frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola

presa visione della circolare informativa relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico, istituito presso codesto istituto

ESPRIMONO

il loro consenso a che il/la figlio/a partecipi alle attività/azioni proposte e usufruisca delle prestazioni professionali in oggetto nel corso dell'anno scolastico 2025-2026, tra cui attività di sportello ascolto.

Data / /

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Nell'eventualità la presente richiesta sia sottoscritta solo da uno dei genitori:

___ sottoscritt_..... padre/madre, consapevole delle Responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

che 1 padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla suddetta autorizzazione. _____, li _____

Firma padre/madre _____