

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.icvillafraancatirrena.edu.it

Circ. n. 23

AI DOCENTI
dell'I.C. di Villafranca Tirrena

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

ALLE FAMIGLIE DEGLI ALUNNI
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 psicologico 2024-25

Si comunica che, **a partire dal giorno 17 settembre 2024** con cadenza settimanale, sarà attivo presso questa Istituzione Scolastica il “Servizio di Ascolto Psicologico” a.s. 2024/2025 rivolto agli alunni della scuola secondaria, 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, selezionata e individuata da questa Istituzione Scolastica mediante avviso pubblico prot. n. 0006270; del 08/04/2024, per lo svolgimento dell'incarico connesso alla finalità sopra specificata.

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 attivare modalità di relazione funzionali al benessere degli studenti.

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

Lo sportello di ascolto sarà attivo, con cadenza settimanale, a partire dal 17/09/2024, secondo la seguente scansione oraria:

<u>Data e ora</u>	<u>Destinatari</u>
<u>24 settembre</u> h:15.00-17.00	<u>Alunni/ genitori</u>
<u>1 ottobre</u> 15:00-17:00	<u>Alunni/ genitori</u>
<u>8 ottobre</u> h.15.00-17.00	<u>Alunni/ genitori</u>
<u>15 ottobre</u> h15:00-17.00	<u>Docenti/ Personale Ata</u>

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'alunn _____ 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 2024-2025, 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 _____