Agli studenti, ai genitori,ai docenti

dell’Istituto Comprensivo

“Collecini-Giovanni XIII”

Caserta

OGGETTO: Apertura Sportello d’Ascolto scolastico

Si comunica che a partire dal mese di gennaio 2018, all’interno della scuola sarà attivato lo sportello d’ascolto “Uno spazio per pensare, per essere, per diventare”, dedicato ai ragazzi, ai genitori e ai docenti.

Tale servizio intende offrire ascolto e consulenza rispetto alle tematiche connesse al disagio scolastico, evolutivo, sociale e familiare rappresentando un punto di riferimento a cui far pervenire, da parte di tutti coloro che condividono il contesto scuola, direttamente e indirettamente, i bisogni di confronto e riflessione.

La finalità dello sportello d’ascolto in ambito scolastico si colloca in un’ ottica di promozione del benessere di vita e prevenzione del disagio e non contempla obiettivi di cura o presa in carico terapeutica, pur lavorando in rete con servizi che, sul territorio, si occupano di adolescenti.

La modalità di accesso allo sportello per gli studenti sarà tramite compilazione dell’autorizzazione che sarà possibile lasciare nell’apposita cassetta presente nella scuola.

Lo sportello d’ascolto sarà tenuto dalla psicologa Marciano Isabella, dal 24 gennaio 2018 al 30 maggio 2018, tutti i mercoledì del mese in orario scolastico dalle 9.00 alle 12.00, è inoltre possibile prevedere incontri il sabato rivolti ai genitori.

In riferimento all’attivazione dello sportello d’ascolto e consulenza s’invitano i genitori a firmare il presente modulo, al fine di autorizzare l’eventuale accesso del proprio figlio/a allo sportello.

MODULO PER CONSENSO INFORMATO PER L’ACCESSO ALLO SPORTELLO D’ASCOLTO

Io sottoscritto.........................................................................................................

Nato a .........................................................il..........................................................

Identificato mediante documento:..............................n°........................................

E io sottoscritta.......................................................................................................

Nata a.........................................................il..........................................................

Identificata mediante documento.............................n°.........................................

Genitori del minore...............................................................................................

Nato a .....................................................il............................................................

Presa conoscenza delle comunicazioni suddette, in virtù della podestà genitoriale, diamo il consenso a che nostro/a figlio/a possa accedere, se lo desidera, allo sportello d’ascoltoattivato presso la scuola dalla psicologa

* Dott.ssa Marciano Isabella

Data

Firme padre............................

Madre..........................