



Istituto Scolastico Comprensivo "Castel di Lama 1"
Via Roma n. 107 - CASTEL DI LAMA (A.P.)
Tel. 0736813225 - E-mail: apic820001@istruzione.it
apic820001@pec.istruzione.it

Prot. n.0008715-I.1

Castel di Lama, 8/10/2024

Ai genitori e ai docenti degli alunni interessati dell'IC Castel di Lama 1

Oggetto: Attivazione servizio sportello di ascolto Unione dei Comuni.

Con la presente si comunica che a partire dal 29 ottobre 2024 sarà attivo il servizio di sportello d'ascolto psicologico realizzato in questo Istituto dall'Unione dei Comuni -Ambito Territoriale XXIII.

Lo sportello sarà tenuto dalla dott.ssa **Maltesi** presso la scuola secondaria di primo grado, dalle ore 11.00 alle ore 12.30, secondo il seguente calendario:

29 ottobre 2024	26 novembre 2024	17 dicembre 2024	28 gennaio 2025
-----------------	------------------	------------------	-----------------

****Ulteriori date di incontro saranno programmate successivamente.**

Lo sportello di ascolto è rivolto a :

- Genitori degli alunni iscritti (di ogni ordine di scuola)
- Docenti per problematiche di tipo didattiche incluse eventuali richieste di osservazioni in classe-
- Agli allievi della scuola secondaria. Gli alunni potranno richiedere al bisogno un colloquio individuale inserendo la richiesta in un'apposita urna, a condizione che vi siano autorizzazione preventiva e informativa al consenso espresse da parte dei genitori.

Gli interessati compresi nei punti a e b potranno usufruire del servizio contattando l'Unione dei Comuni ai seguenti recapiti:

- Mail sportellopsicologico@unionecomunitronto.it
- Cellulare: 3384955023

La presente viene caricata sul portale NUVOLA nella propria area riservata da cui i Sigg.ri genitori potranno scaricare la documentazione necessaria allo svolgimento del colloquio (autorizzazione + informativa).

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Maria Vitali

(Autorizzazione da compilare solo per i genitori degli **alunni di scuola secondaria**)

Al Dirigente Scolastico dell'ISC _____

Io sottoscritto _____

Genitore dell'alunno _____

Scuola _____ Classe _____ Sez. _____

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Mi __ figli __ a partecipare ad eventuali incontri individuali con la psicologa come da nota prot. 0008715 del 08/10/2024.

Luogo _____ data _____

Firma dei genitori

N.B. alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, l'autorizzazione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere condivisa dai genitori. Qualora l'autorizzazione sia firmata da un solo genitore, s'intende che l'autorizzazione sia stata comunque condivisa.