



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. n0009735

Castel di Lama, 03/10/2025

- Ai genitori degli alunni della Scuola sec. di primo grado
- A tutto il personale docente e ATA in servizio nell'I.S.C.
- Alla dott.ssa Di Fabio

Oggetto: Riattivazione servizio sportello di ascolto progetto "Star bene a scuola". Calendario mese di Ottobre.

Si comunica che a partire dal 09/10/25 presso il nostro istituto sarà attivo il servizio di psicologia scolastica relativo al progetto "Star bene a scuola" realizzato da questo Istituto con il contributo della Regione Marche.

Lo sportello sarà tenuto dalla dott.ssa Di Fabio (iscritta all'albo degli psicologi della Regione Marche) nelle seguenti date:

Giovedì 09/10/2025 ore 10.00-11.00

Giovedì 16/10/2025 ore 10.00-11.00

Giovedì 23/10/2025 ore 10.00-11.00

Giovedì 30/10/2025 ore 10.00-11.00

La dott.ssa Di Fabio effettuerà una breve presentazione dell'attività nelle classi di scuola secondaria.

Lo sportello di ascolto è rivolto ad alunni della scuola secondaria, personale docente e ATA dell'Istituto e genitori.

I colloqui individuali da parte di genitori e personale scolastico potranno essere concordati a mezzo mail con la dottoressa e si svolgeranno a scuola nella massima riservatezza. Anche gli alunni potranno richiedere al bisogno colloquio individuale inserendo la richiesta in un'apposita urna, a condizione che vi sia autorizzazione preventiva espressa da parte dei genitori. La presente viene caricata sul portale NUVOLA nella propria area riservata.

I docenti faranno prendere nota agli allievi del presente avviso sul diario ai fini della presa visione da parte delle famiglie.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Maria Vitali

(Autorizzazione da compilare solo per i genitori degli alunni della scuola secondaria di primo grado)

Al Dirigente Scolastico dell'ISC _____

Io sottoscritto _____

Genitore dell'alunno _____

Classe _____ Sez. _____

☐ AUTORIZZO

☐ NON AUTORIZZO

Mi__ figli__ a partecipare ad eventuali incontri individuali con la psicologa come da nota prot.0009735 del 03/10/2025 (Progetto "Star bene a scuola") .

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.