



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.0011995I.1

Castel di Lama, 21 novembre 2025

**Ai genitori, ai docenti, agli alunni
interessati dell'IC Castel di Lama 1**

Oggetto: Attivazione servizio sportello di ascolto Unione dei Comuni- calendario mesi novembre -dicembre

Con la presente si comunica che il servizio di sportello d'ascolto psicologico, realizzato in questo Istituto (Scuola Secondaria Mattei) dall'Unione dei Comuni -Ambito Territoriale XXIII (dott.ssa **Maltesi**), dalle ore 9.00 alle ore 10.30, sarà attivo secondo il seguente calendario per i mesi di novembre e dicembre:

27 novembre 2025	4 dicembre 2025	17 dicembre 2025
------------------	-----------------	------------------

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- fisso 0736/892522

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 in base alle proprie necessità (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. 0011995 del 2025.

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.

Firmato digitalmente da VITALI MARIA