

*Ministero dell’Istruzione*

**Istituto Comprensivo Statale “Alessandro Manzoni” di Rosate**

Viale delle Rimembranze 34/36, 20088, Rosate (MI). Tel. 02-9084 8867

e-mail: miic87600l@istruzione.it ; miic87600l@pec.istruzione.it;

C.F 82003610159; Cod. Fatturazione UNFA16B; Cod.IPA: istsc\_miic87600l; IBAN:IT80Z0103033670000001420074

 Ai GENITORI

Agli STUDENTI

 Ai DOCENTI

della Scuola Secondaria di I grado

dell’Istituto Comprensivo “A. Manzoni” Rosate

Agli Atti

Rosate 03/10/ 2024

**OGGETTO: “SPORTELLO ASCOLTO”**- **Ottobre – Novembre**

Lo **“SPORTELLO ASCOLTO”** è un servizio per genitori, docenti e studenti messo a disposizione dalla scuola.

Si propone come luogo riservato nel quale trovare attenzione ed accoglienza per riflettere e cercare soluzioni nei momenti difficili della vita scolastica. In uno spazio protetto e riservato offre un servizio di ascolto, di consulenza ed informazione. E’gestito da una psicologa con esperienza pluriennale in materia ed è rivolto agli alunni della scuola secondaria di I grado, ai genitori di tutti gli ordini di scuola e agli operatori scolastici.

Il servizio sarà svolto presso la scuola secondaria di primo grado come indicato in calendario:

L’esperto sarà presenta **dalle ore 9.00 alle ore 13.00**, presso la scuola secondaria di I grado di Rosate nei seguenti giorni per gli **Studenti**:

|  |  |
| --- | --- |
| VENERDI’ 18/10 | VENERDI’ 25/10 |
| VENERDI’ 8/11 | VENERDI’ 15/11 |

Per i GENITORI e i DOCENTI: è possibile prendere un appuntamento chiamando il numero 3473872253 dott.ssa Simona Ferrari.

Per gli **STUDENTI** invece è possibile:

* 1. inserire un bigliettino nella “Scatola S.O.S.” che si trova sul tavolo dei collaboratori scolastici del piano;
	2. chiedere ad un vostro professore di prendere un appuntamento per voi;
	3. in entrambi i casi verrete contattati a scuola dalla psicologa che vi comunicherà la data e l’ora. Ecco un esempio di bigliettino da inserire nella scatola:

***S.O.S. Chiedo un appuntamento! Sono (nome e cognome) della classe …***

***Il primo collaboratore***

***Prof.ssa Anna Maria Rizzo***

 Il Dirigente Scolastico Dott.ssa Leonilda Adduci

 Firma autografa omessa ai sensi dell’art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

Il sottoscritto ………………………………………….,………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 genitore dell’alunno/a ……………………………………………………………………………………….................................................................................................

 della classe ………………………………………………………..

* autorizza
* NON autorizza

 l’eventuale accesso del/la proprio/a figlio/a allo SPORTELLO ASCOLTO.

# FIRMA

…………….…………………………………...............................

Il servizio rispetterà la normativa sulla privacy.

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**Dott.ssa Leonilda Adduci**

Firma autografa omessa ai sensi del Codice dell’Amministrazione Digitale e per gli usi ad esso connesso