BOIC867005 - A1D9E06 - Registro Protocollo I.C. di MEDICINA - 0011535 - 14/10/2026 - IV - U

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA
Via Gramsci, 2/A - 40059 MEDICINA (BO)
Codice fiscale 80071270377 – Cod. Mecc. BOIC867005 – C.U.: UFS0AF
Tel. 051 6970595 - Fax 051 6970596
Email: BOIC867005@istruzione.it - BOIC867005@pec.istruzione.it
Sito Web: https://icmedicina.edu.it/

Prot. n. vedi segn.

Medicina, 14 ottobre 2026

AI GENITORI degli ALUNNI
della Scuola secondaria di I grado
I.C. di MEDICINA

e p.c. A tutti i docenti, ai genitori e ai Coll. Scol.ci
IC di Medicina

OGGETTO: "Sportello di ascolto" a.s. 2026/2027.

Gentili Genitori,
Gentili Docenti,
anche per il corrente anno scolastico sarà attivo presso la Scuola secondaria di I grado "G. SIMONI" lo "sportello di ascolto", condotto dalla Psicologa individuata.
Il servizio, rivolto agli alunni, si svolgerà a partire da martedì 20 ottobre 2026 e fino al 25 maggio 2027, con la seguente modalità:
STUDENTI – gli incontri si terranno in locale/aula della Scuola "G. SIMONI", previa prenotazione in segreteria, durante gli orari di ricevimento (dal lunedì al venerdì, dalle ore 11.00 alle ore 13.00).
Gli alunni interessati dovranno restituire il tagliando sottoindicato firmato da entrambi i genitori.
La mancata restituzione del tagliando indicherà un mancato consenso.

La psicologa potrà inoltre ricevere i genitori e gli insegnanti interessati a un colloquio, presso la sede dell'ASP Circondario Imolese di MEDICINA in via Saffi n. 73, previo appuntamento telefonando al numero 051 6973900 o scrivendo una mail a sportello.medicina@aspcircondarioimolese.bo.it.

Il DIRIGENTE SCOLASTICO
Paolo Castellana

(da ritagliare e restituire al docente coordinatore di classe)

Noi sottoscritti _____ genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ del plesso "G.Simoni" siamo a conoscenza del fatto che anche per l'anno scolastico 2026/2027 sarà attivo lo "sportello di ascolto" condotto dalla Psicologa e diamo il nostro consenso a che nostro/a figlio/a abbia la possibilità di accedere al servizio.

Medicina, _____ 2026

FIRMA dei genitori

_____

_____

Firmato digitalmente da PAOLO CASTELLANA

In alternativa:

Il/La sottoscritto/a _____ , conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Il sottoscritto quindi dichiara che il secondo genitore _____ è a conoscenza e condivide la presente autorizzazione.

Medicina, _____

FIRMA DEL GENITORE

_____

Firmato digitalmente da PAOLO CASTELLANA