



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, 17 ottobre 2025

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.ici
IC di Medicina

OGGETTO: “Sportello di ascolto” a.s. 2025/2026.

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 dall’ASP Circondario Imolese.

Il servizio, rivolto agli alunni, si svolgerà a partire da martedì 21 ottobre 2025 e fino al 29 maggio 2026, con la seguente modalità:

STUDENTI – previa prenotazione in portineria nell’apposito registro, incontri in locale/aula presso la Scuola “G. SIMONI”.

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.

II 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 2025/2026 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, _____ 2025

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
