



ISTITUTO COMPRENSIVO DI BOTTICINO

Via Udine, 6 – 25080 Botticino BS - Tel. 030 2693113 – Fax: 030 2191205

CF 80064290176 – CM BSIC872007 - Codice univoco ufficio UFS7Q8

IBAN: IT77A0511654131000000001002 - Codice IPA: istsc_bsic872007

email: bsic872007@istruzione.it pec: bsic872007@pec.istruzione.it sito web: <https://icbotticino.edu.it>

10.10.2024

Al Direttore SGA
Rag. SGUEGLIA

Al referente del progetto
prof. GRAZIOLI

Ai genitori degli alunni SSPG
Ai Docenti SSPG
Al Personale ATA SSPG

OGGETTO: Sportello di Consulenza Psicopedagogica 24/25

A partire dal mese di ottobre 2024 e fino al mese di maggio 2025 sarà attivo lo **sportello di consulenza psicologica per alunni e genitori della Scuola Secondaria Scalvini**.

Il servizio, attivo grazie alla collaborazione dell'Amministrazione Comunale, è stato affidato alla cooperativa La Vela. I colloqui non hanno una finalità terapeutica, ma costituiscono una consulenza in grado di recepire richieste di studenti e genitori che vivono momenti di difficoltà o desiderosi di un orientamento per problemi di natura pedagogica, psicologica e relazionale.

La psicologa incaricata, la Dott.ssa Costa Cristina, sarà presente a scuola ogni 15 giorni il martedì dalle 9:00 alle 12:00.

Gli alunni interessati a tale servizio effettueranno domanda tramite il modello di richiesta disponibile presso i collaboratori scolastici o i coordinatori di classe e potranno accedere al servizio in presenza. I genitori interessati potranno invece prenotare un colloquio inviando una mail al prof. Luca Grazioli, responsabile del progetto (luca.grazioli@icbotticino.edu.it).

Premesso che gli alunni accedono liberamente allo sportello, i genitori / tutori devono segnalare il proprio consenso all'utilizzo di tale servizio da parte dei propri figli: **in mancanza di tale consenso non sarà possibile agli alunni accedere allo sportello**.

Per segnalare l'autorizzazione ad accedere al servizio, si prega di riconsegnare al coordinatore di classe il tagliando sottostante e l'informativa allegata alla presente.

Grato alla Prof.sa BERETTI per il lavoro

Il Dirigente Scolastico
Prof. Giampiero CERRI

Firmato digitalmente da GIAMPIERO CERRI

----- tagliare e restituire al coordinatore di classe -----

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO/A _____

CLASSE _____

DICHIARA

DI AVER PRESO VISIONE DELLA CIRCOLARE RELATIVA ALLO SPORTELLO DI
CONSULENZA PSICOLOGICA E

AUTORIZZA IL/LA FIGLIO/A AD ACCEDERVI

NON AUTORIZZA IL/LA FIGLIO/A AD ACCEDERVI

FIRMA

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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