



Istituto Comprensivo Follonica 1

Via Gorizia, 11 – 58022 FOLLONICA (GR)

Codice Min. GRIC827009 – C.F. 92077440532 TEL.0566/59073  
e-mail [gric827009@istruzione.it](mailto:gric827009@istruzione.it) sito [www.icfollonica1.edu.it](http://www.icfollonica1.edu.it)



Circ. n. 76/2024

A Tutti gli alunni  
Ai genitori degli alunni  
Alla vicaria Paggetti Monica  
Al personale Ata  
Al sito web  
**SMS PACIOLI**

Oggetto: Progetto "**Sportello di ascolto**"

Cari genitori,

anche quest'anno attiveremo lo sportello di ascolto.

#### **Di che cosa si tratta?**

Questo servizio si propone di avviare una comunicazione costruttiva ed un supporto più efficace nella relazione studenti/docenti; in particolare potrà essere considerato un'occasione di accoglienza di sostegno alla crescita.

Ai ragazzi si offre la possibilità di essere **ascoltati** nei momenti di difficoltà e di giungere ad una maggiore consapevolezza delle esperienze vissute, delle proprie necessità e delle proprie scelte.

#### **Come fare per avere un colloquio?**

Gli incontri verranno effettuati da una figura specializzata in Counseling, su richiesta degli alunni durante l'orario scolastico ed in accordo con gli insegnanti, per non influire sulla normale procedura delle attività didattiche.

Potranno usufruire dei colloqui gli alunni che saranno autorizzati dai loro genitori.

La scuola rimane a disposizione per ulteriori chiarimenti.

**Il dirigente scolastico  
Prof.ssa Elisa Ciaffone**

**Autorizzazione da restituire al docente coordinatore entro il 25 novembre 2024**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ **GENITOREdell'ALUNNO/A** \_\_\_\_\_  
 classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Autorizza il proprio figlio/a, qualora ne fosse interessato ad usufruire dello sportello di ascolto messo a disposizione della scuola. Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la scelta, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata comunque condivisa.

**FIRMA dei GENITORI**

MADRE \_\_\_\_\_  
 PADRE \_\_\_\_\_

**In caso di firma di 1 genitore**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Il DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Prof.ssa Elisa CIAFFONE**

**Autorizzazione da restituire al docente coordinatore entro il 25 novembre 2024**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ **GENITOREdell'ALUNNO/A** \_\_\_\_\_  
 classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Autorizza il proprio figlio/a, qualora ne fosse interessato ad usufruire dello sportello di ascolto messo a disposizione della scuola. Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la scelta, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata comunque condivisa.

**FIRMA dei GENITORI**

MADRE \_\_\_\_\_  
 PADRE \_\_\_\_\_

**In caso di firma di 1 genitore**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Il DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Prof.ssa Elisa CIAFFONE**