



Com. n. vedi segnatura

Serramazzone, vedi segnatura

Ai genitori degli alunni dell'Istituto Comprensivo Serramazzone

## **OGGETTO: PROGETTO SPORTELLO DI ASCOLTO**

Con la presente si comunica ai genitori di tutti gli alunni che è stata inviata via email la descrizione dettagliata del "Progetto Sportello di ascolto", che da molti anni arricchisce l'offerta formativa del nostro Istituto Comprensivo. Si tratta di uno strumento che la scuola usa per promuovere "buone relazioni", per sviluppare il benessere nel contesto scolastico, per prevenire disagi o malesseri individuali o relazionali e per aiutare i ragazzi a raggiungere gli obiettivi formativi.

In riferimento a quell'informativa, si chiede ai genitori di compilare il modulo che troverete di seguito, composto da due differenti tipologie di autorizzazione: quella per gli interventi rivolti a tutta la classe e quella per i colloqui individuali. È importante firmare entrambe le autorizzazioni e farle avere al coordinatore di classe al più presto. Sia l'informativa che il modulo delle autorizzazioni saranno pubblicati sul sito della scuola e riceverete questa comunicazione anche in formato cartaceo.

Ribadendo ancora una volta l'importanza della collaborazione tra scuola e famiglia, invio cordiali saluti.

La Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Annalisa Mazzetti

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3, comma2, del D.Lgs 39/93)

Da restituire compilati e firmati al coordinatore di classe

**MODULO A: Consenso informato per prestazioni psicologiche a minorenni**

**ACCESSO ALLO SPORTELLO ASCOLTO STUDENTI SCUOLA MEDIA**

Con la presente, prendo visione dell'inizio delle attività previste dal **Progetto "Sportello Ascolto"**

**A.S. 2024-25** e apponendo una crocetta

- Non autorizzo** mio/a figlio/a .....  
classe ..... ad accedere allo Sportello D'ascolto.
- Autorizzo** mio/a figlio/a .....  
..... ad accedere allo Sportello D'ascolto.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ padre del minore

\_\_\_\_\_

e io sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ madre del minore

\_\_\_\_\_

in virtù della potestà genitoriale, comunico il mio parere circa la possibilità che mio/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali previste nel progetto "Sportello Ascolto" che prevede la consulenza da parte della Psicologa Psicoterapeuta dott.sa **Laura Pinchiorri**.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**MODULO B: Consenso informato per prestazioni psicologiche a minorenni**

**INTERVENTI PSICOLOGICI/ INFO-FORMATIVI RIVOLTI A GRUPPI CLASSE**

Con la presente, prendo visione dell'inizio delle attività previste dal **Progetto "Sportello Ascolto"**

**A.S. 2024-25** e apponendo una crocetta

- Non autorizzo** mio/a figlio/a .....  
classe ..... ad accedere allo Sportello d'ascolto.
- Autorizzo** mio/a figlio/a .....  
..... ad accedere allo Sportello d'ascolto.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ padre del minore \_\_\_\_\_

e io sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ madre del minore \_\_\_\_\_

in virtù della potestà genitoriale, comunico il mio parere circa la possibilità che mio/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali previste nel progetto "Sportello Ascolto" che prevede la consulenza da parte della Psicologa Psicoterapeuta **dott.sa Laura Pinchiorri**.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_