



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di PONZANO V.TO**  
 Scuola Primaria e Secondaria di I Grado – PONZANO V.TO  
 Via GB. Cicogna, 16/A – 31050 Paderno di Ponzano (TV)  
 Tel 0422 440693 – C.F. 94004210269  
[www.icsponzanoveneto.gov.it](http://www.icsponzanoveneto.gov.it); Codice univoco dell'Ufficio: UFY4MX  
 e-mail: tvic833003@istruzione.it- PEC:tvic833003@pec.istruzione.it



Ponzano Veneto, 12.03.2018

**Ai genitori degli alunni della Scuola Secondaria di I grado**

**Al Docente Referente del Progetto Spazio-Ascolto**

**A tutti i Docenti della Scuola Secondaria di I grado**

**OGGETTO: Progetto Sportello "Spazio-Ascolto" a.s. 2017/2018**

Si informano le SS.LL. che dal mese di marzo c.a. viene attivato il Progetto "Spazio Ascolto" con lo scopo di raccogliere e dare voce ad eventuali situazioni di disagio che possono emergere in ambito scolastico al fine di stimolare l'alunno ad attivare le sue risorse e potenziare il suo benessere.

Il servizio è rivolto agli alunni e sarà gestito dalla Dott.ssa barbaro Francesca presso la sede della Scuola Secondaria I Grado "Galileo Galilei" secondo il seguente calendario:

**CALENDARIO STUDENTI:**

DATA	ORARIO	SEDE
Martedì 20/03	dalle 9 alle 12	Scuola Secondaria I°
Martedì 27/03	dalle 9 alle 14	Scuola Secondaria I°
Martedì 10/04	dalle 9 alle 14	Scuola Secondaria I°
Martedì 17/04	dalle 9 alle 14	Scuola Secondaria I°
Martedì 24/04	dalle 9 alle 14	Scuola Secondaria I°
Martedì 08/05	dalle 9 alle 14	Scuola Secondaria I°
Lunedì 14/05	dalle 9 alle 14	Scuola Secondaria I°
Martedì 15/05	dalle 9 alle 14	Scuola Secondaria I°
Martedì 29/05	dalle 9 alle 14	Scuola Secondaria I°

Gli alunni, previa autorizzazione dei genitori, potranno fare richiesta di colloquio attraverso un foglio (da imbucare nell'apposita cassetta della posta presente all'interno dell'Istituto) nel quale indicheranno: nome, cognome e classe.

Si allega il "modulo di autorizzazione" da restituire compilato da parte dell'alunno.  
 Il progetto "Spazio-Ascolto" nel dettaglio è presente sul sito della scuola.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE**

**Dott.ssa Emanuela Pol**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
 ai sensi dell'art.3, comma 2, D.Lgs. n.39/1993

**OGGETTO: Progetto Sportello "Spazio-Ascolto" a.s. 2017/2018**

**MODULO DI AUTORIZZAZIONE**

I sottoscritti .....

.....

Genitori di .....

Frequentante la classe..... della Scuola Secondaria I Grado Galileo Galilei

**DICHIARANO**

di aver ricevuto il comunicato inerente l'attivazione dello Sportello del Progetto  
"Spazio - Ascolto" a.s. 2017/2018 e di

☐  
DARE  
IL CONSENSO

☐  
NON DARE  
IL CONSENSO

(fare una crocetta sul riquadro corrispondente alla propria scelta)

Alla partecipazione di mio/a figlio/a allo Sportello del Progetto "Spazio-Ascolto" a.s.  
2017/2018.

**Luogo e data** .....

**Firma** .....

**Firma** .....

(NB: si richiede la firma congiunta nel caso di genitori legalmente separati)