



Istituto Comprensivo Battipaglia "Salvemini"

Via Ravenna - 84091 Battipaglia (SA)

Tel. 0828 343888 - Fax 0828 616952

C.M.: SAIC8AS00N - C.F. 91050610657

Prot. n. 500/V.4

Battipaglia, 07/02/2019

Ai genitori e agli
Alunni Scuola secondaria
Plesso via Ravenna

Oggetto: Sportello di ascolto psicologico.

Si informano le famiglie degli alunni che da MARTEDI' 12 Febbraio 2019, è attivo lo Sportello di Ascolto Psicologico (autorizzato dal Consiglio d'Istituto) per gli alunni, docenti e genitori, volto alla promozione del benessere ed alla prevenzione del disagio.

La Scuola, insieme alla famiglia, è la principale agenzia di formazione e di socializzazione dell'individuo, uno dei perni su cui far leva per promuovere il benessere integrale; fisico, psicologico, relazionale dei nostri alunni. Il servizio è rivolto agli alunni ed ai genitori dell'Istituto, ed è finalizzato al sostegno ed alla prevenzione del disagio Emotivo, Bullismo, DSA, ADHD, Autismo, Ansia.

Affinchè gli alunni possano usufruire, qualora lo desiderassero, di tale servizio gratuito, è necessaria la preventiva autorizzazione da parte della famiglia. Si chiede pertanto di firmare l'autorizzazione distribuita in classe e di restituirla entro **MARTEDI' 12 febbraio 2019**.

Lo sportello sarà in funzione dall' 12 Febbraio al 19 Marzo 2019 per un numero di 5 incontri **dalle ore 09,00 alle ore 12,00 Sede Via Ravenna scuola secondaria**

I complessi e delicati compiti relativi a tale iniziativa progettuale saranno svolti dalla Dott.ssa Mariangela Fimiani. Si ricorda che tutti gli interventi della professionista saranno svolti nel pieno rispetto del segreto professionale e della normativa sulla "privacy" (D. Lgs. 30 Giugno 2003, n. 196.)

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Anna; Maria Leone
Firma autografa omessa ai sensi
Dell'art.3 del Dlgs n39/1993

Modulo per consenso informativo al colloquio psicologico

**Alla Dirigente scolastica
Dott.ssa Anna Maria Leone**

I sottoscritti genitori e/o affidatari _____ e _____ dell'alunno _____
Nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____ **della Secondaria del Plesso di via
Ravenna**, autorizzano il /la proprio/a figlio/a ad effettuare dei colloqui psicologici con la Dott.ssa Mariangela Fimiani presso lo sportello d'ascolto attivato dalla scuola di appartenenza.
Firma entrambi i genitori

In caso di dichiarazione presentata da un solo genitore compilare il seguente paragrafo

Io sottoscritto _____ madre/padre/dell'alunno _____ ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR 28/12/2000, n. 445. Sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che _____ madre/padre/convivente del predetto è a conoscenza e d'accordo circa l'autorizzazione suddetta.

Firma del genitore
