



Circ. n. 105

Pavullo n/F, 10/11/2016

➤ AI GENITORI

**Oggetto: Presentazione Sportello d'Ascolto Psicologico**

Da novembre 2016, per l'intero anno scolastico, presso l'Istituto sarà attivato lo **Sportello d'Ascolto Psicologico per gli studenti, i professori e i genitori**, con la presenza della psicologa D.ssa Federica Benatti.

Tale servizio ha come finalità la promozione del benessere psico-fisico, relazionale e sociale degli alunni, offrendo loro uno spazio in cui poter esprimere liberamente i propri vissuti e sentirsi sostenuti nell'elaborazione di soluzioni ad eventuali perplessità, dubbi e difficoltà.

La scelta di attivare lo Sportello d'Ascolto a scuola dipende dal fatto che, proprio in quest'ambito, il giovane sperimenta varie situazioni in cui sviluppare la propria identità. La scuola si pone, quindi, come soggetto attivo che tende ad applicare le strategie comunicative di sostegno a quei problemi che, in ogni caso, fanno parte della vita relazionale e/o didattica della stessa.

Lo Sportello d'ascolto sarà attivo, *per gli studenti, i genitori ed i professori che vorranno ad esso rivolgersi, a cadenza settimanale/quindicinale a partire da Novembre 2016 sino al termine dell'anno scolastico.*

Per accedere a tale Servizio i **genitori** dovranno chiamare la dott.ssa Benatti al numero 347/8284272, Gli alunni invece potranno richiedere un appuntamento direttamente a scuola, nelle modalità che saranno spiegate in classe.

Certi di offrire un servizio utile a Voi e ai vostri figli, Vi salutiamo cordialmente.

**Il Dirigente Scolastico  
 Dott.ssa Rossana Poggioli**

✂ ----- DA RICONSEGNARE ENTRO IL 19/11/2016 -----

Con la presente, prendo visione dell'inizio dell'attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico e, apponendo una crocetta dichiaro che:

- **Non autorizzo** mio/a figlio/a ..... classe ....., a partecipare a tale iniziativa.
- **Autorizzo** mio/a figlio/a ....., classe..... se lo desidera, a partecipare a tale iniziativa.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (Padre del minore)

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

E io sottoscritta \_\_\_\_\_ (Madre del minore)

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

In virtù della potestà genitoriale, acconsentiamo che nostro/a figlio/a minorenne usufruisca delle prestazioni psicologiche sapendo che sono coperte dal segreto professionale da parte dello psicologo/a Dott. Benatti Federica.

Pavullo n/f \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_