

Prot. n. 3207/1627

Campagna, 4 ottobre 2017

Agli alunni della Scuola Sec. di Primo Grado
Ai genitori/tutori esercenti la patria potestà
Ai docenti
Sito web

Oggetto: Attivazione Sportello d'ascolto a. s. 2017/2018

Si informano le SS.LL. che a partire da **Giovedì 19 Ottobre 2017** sarà **riattivato lo "Sportello d'ascolto" per gli alunni della Scuola Secondaria di 1° Grado**. Gli incontri, in sede scolastica, avranno cadenza quindicinale il giovedì dalle ore 9, 30 alle ore 11, 30.

Il giorno 19 Ottobre 2017 la Dott.ssa P. Tucci (Pedagogista) e la Dott.ssa M. Sparano (sociologa) presenteranno alle classi prime della Scuola Secondaria di Primo Grado dell'Istituto il progetto "Sportello d'ascolto".

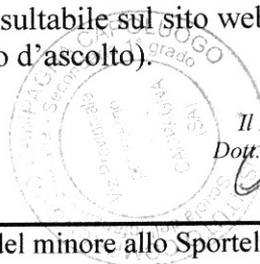
Lo Sportello d'Ascolto, gestito da personale specializzato dell'ASL, è uno spazio dedicato ai ragazzi, ai loro problemi, alle loro difficoltà con il mondo della scuola, con la famiglia e/o con i loro coetanei.

Il colloquio che si svolge all'interno dello Sportello d'Ascolto non ha fini terapeutici ma di counseling. Il counseling scolastico ha l'obiettivo di sviluppare un'adeguata capacità comunicativa e di favorire relazioni positive ed efficaci. In questo senso, il counseling è attività di prevenzione al disagio, alle devianze giovanili e, nello stesso tempo, è supporto alla genitorialità e alla scuola.

Il servizio è assolutamente confidenziale, riservato e protetto dal segreto professionale.

Gli alunni interessati ad usufruire di tale servizio gratuito dovranno presentare preventiva autorizzazione dei genitori o tutori esercenti la patria potestà. Pertanto, si invitano **tutti i genitori** a compilare e sottoscrivere l'autorizzazione riconsegnando il modulo sottostante, sia per autorizzare sia per non autorizzare.

Il Progetto "Sportello d'ascolto" proposto dall'ASL è consultabile sul sito web dell'Istituto: www.iccagnacapoluogo.gov.it (Area Inclusione-Sportello d'ascolto).



Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Carmela Iaccarino

[Handwritten signature]

Consenso informato per l'autorizzazione del genitore all'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto

Il sottoscritto..... genitore/tutore esercente la patria potestà
dell'alunno/a..... nato/a a..... il
frequentante la classe.....sez. della Scuola Secondaria di Primo Grado dell'IC Campagna Capoluogo,
plesso, informato dell'istituzione nella scuola del Progetto "Sportello d'ascolto"

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali e/o di gruppo con gli esperti dell'ASL.

Campagna,

Firma

.....