AI GENITORI Scuola Secondaria di Primo Grado,

Pirandello (BS)

e p.c. AI DOCENTI

AL PERSONALE ATA

OGGETTO: **Richiesta di autorizzazione per l’accesso allo Sportello di ascolto psicologico**

Con la presente si comunica che verrà attivato nella scuola il Servizio di “*ascolto psicologico”* a cui potranno rivolgersi gli alunni e le alunne che lo desiderano, soltanto se esplicitamente autorizzati da entrambi i genitori. La finalità è quella di offrire una consulenza in grado di recepire richieste di studenti che vivono momenti di difficoltà o desiderosi di un orientamento per problemi di natura pedagogica, psicologica e relazionale, interessati ad avere una condivisione di piccole - grandi curiosità legate alla crescita.

La psicologa incaricata è la Dott.ssa Costa Cristina.

La psicologa sarà presente a scuola un giorno alla settimana a partire dal mese di Gennaio per tutto l’anno scolastico. Effettuerà colloqui individuali con gli studenti che ne faranno richiesta, per una durata di 30 minuti. Ciascuno studente potrà usufruire di un massimo di 3-4 colloqui.

I colloqui non hanno una finalità terapeutica, ma costituiscono uno strumento in più per i ragazzi che, a volte, per alcuni problemi e/o curiosità, non si rivolgono né ai loro genitori, né agli insegnanti.

Poiché è necessario acquisire l’autorizzazione dei genitori per l’eventuale accesso allo Sportello d’ascolto, si invita a far pervenire il modulo sottostante compilato sia in caso di autorizzazione sia in caso di diniego, firmato da entrambi i genitori, o da chi ne fa le veci, **entro e non oltre il 24/01/2024.**

Con l’auspicio che l’iniziativa trovi il favore delle famiglie e degli alunni, si resta a disposizione per ogni eventuale richiesta di chiarimento.

Il dirigente scolastico

…

…………………………………………………………………………………………………………………

OGGETTTO**: SPORTELLO DI ASCOLTO: AUTORIZZAZIONE** - ***Da consegnare alla Scuola***

I sottoscritti genitori (padre)……………………………………………………………………….

(madre)…………………………………………………………………………….. esercenti la patria potestà

sull’alunno/a………………………………………………..…… .…della classe……….. Sez. …….

dichiarano di aver ricevuto e letto la comunicazione relativa all’oggetto e *(barrare ciò che interessa)*

* AUTORIZZANO
* NON AUTORIZZANO

il/la sopracitato/a alunno/a, a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo “Sportello” tenuto da uno psicologo esperto iscritto all’albo, così come nominato dall’Amministrazione Comunale di Brescia.

Data, ……………………….. F I R M E ………………………………………………….

………………………………………………………