



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo Velletri Sud Ovest
Via Acquavivola, 3/2 - 00049 Velletri (RM) - 0696100045
XXXIX Distretto Scolastico, Ambito Territoriale 15
P.E.O. rmic8f8006@istruzione.it P.E.C. rmic8f8006@pec.istruzione.it
C.F. 95036990588 - Cod. Mecc. RMIC8F8006
www.icvelletrisudovest.edu.it

Circ. N. 180

Velletri, 22/02/2024

Ai genitori degli alunni dell'I.C. Velletri Sud Ovest

Agli alunni della Scuola Secondaria di Primo Grado
Al personale docente e Ata
Al Dsga
Al sito web

OGGETTO: Progetto Sportello di ascolto.

Si comunica che, come deliberato dal Collegio dei Docenti e dal Consiglio di Istituto, presso la Scuola Secondaria di Primo Grado "De Rossi" sarà attivo anche questo anno lo sportello psico-pedagogico a favore di genitori e docenti dell'Istituto Comprensivo Velletri Sud Ovest e degli alunni della Scuola Secondaria di Primo Grado. Tale servizio si inserisce in un ampio progetto, finanziato dalla Regione Lazio, per gli anni scolastici 2023-2024 e 2024-2025, e prevede, in aggiunta al servizio di sportello, attività rivolte ad alunni, docenti e genitori, indirizzate al perseguimento del benessere, alla acquisizione di corretti stili di vita, al potenziamento delle attività di orientamento.

Lo **Sportello di Ascolto** presso la Scuola Secondaria di Primo Grado "Marcello De Rossi" è mirato prioritariamente alla prevenzione del disagio degli studenti e sarà gestito dalle Psicologhe *dott.sse* Silvia De Biase e Annarosa Del Grande.

Lo Sportello sarà a disposizione per affrontare **tematiche** quali:

- l'ambientamento: difficoltà nelle relazioni con i compagni e/o con gli insegnanti;
- l'organizzazione dello studio: metodo di lavoro, difficoltà di concentrazione, efficacia dell'applicazione, problemi d'apprendimento;
- l'ansia da prestazione scolastica: agitazione in relazione ad interrogazioni e verifiche;
- l'orientamento: analisi dei reali interessi del ragazzo; motivazione allo studio;
- difficoltà ad affrontare l'attuale situazione in relazione alla pandemia da Covid-19;
- ogni altra problematica che si riverberi sul percorso di crescita dell'allievo;
- incontri con docenti e alunni su tematiche riguardanti aspetti psicodinamici e relazionali specifici dell'età evolutiva;
- colloqui con i genitori.

Gli studenti della Scuola Secondaria di Primo Grado, potranno prenotare un colloquio, previa autorizzazione di entrambi i genitori, attraverso l'allegato modulo.

Le autorizzazioni saranno raccolte dal docente coordinatore di classe **entro il 29/02/2024** ed in seguito consegnate alla prof.ssa Maria Grazia Russo unitamente all'elenco degli alunni.

In allegato anche l'informativa delle Psicologhe e il modulo di consenso da consegnare, firmato da entrambi i genitori, insieme all'autorizzazione.

Gli alunni autorizzati potranno prenotare il colloquio tramite richiesta inserita nelle apposite cassette poste su ciascun piano.

Calendario sportello alunni Scuola Secondaria di Primo Grado "De Rossi", il lunedì dalle ore 09.00 alle ore 13.00:

Al fine di agevolare le prenotazioni dei **colloqui per docenti e genitori**, sono attivi i seguenti recapiti:

nr. verde 800.001.077 dal lunedì al venerdì dalle 08.00 alle 18.00

casella e-mail: sportellovelletrisudovest@girotondoonlus.com

La dott.ssa riceve genitori e docenti nel plesso De Rossi il martedì dalle ore 14.00 alle ore 16.30.

Per gli appuntamenti si terrà conto dell'ordine di arrivo delle prenotazioni.

Si rimane a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Isabella Pitone

Documento firmato digitalmente

ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale
e normativa connessa

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra madre del
minorenne.....

nata a
il ___/___/___

e residente a
in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Silvia De Biase presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. padre del
minorenne.....

nato a
il ___/___/___

e residente a
in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dott.ssa Silvia De Biase presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o
a..... il ___/___/___

Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)

residente a
in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dott.ssa Silvia De Biase presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore