



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. 35

Velletri, 17/10/2024

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

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" è 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 dagli psicologi *dott.ssa* Silvia De Biase e dott. Simone Tetti.

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;
- 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 24/10/2024** 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 (dott.ssa Silvia De Biase) e il venerdì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 (dott. Simone Tetti)

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

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

Si rimane a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

In allegato, solo per gli alunni Scuola Secondaria di Primo Grado:

- Modulo autorizzazione partecipazione alle azioni/attività proposte dal progetto
Modulo consenso informato

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Isabella Pitone

Documento firmato digitalmente

ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale
e normativa connessa

AUTORIZZAZIONE Partecipazione alle azioni/attività proposte dal progetto

Io sottoscritto *padre*
del/la minore, identificato mediante documento:
..... n° rilasciato
da il

Io sottoscritta *madre*
del/la minore, identificato mediante documento:
..... n° rilasciato
da il

Data

Firma (Padre) Firma (Madre)

Io sottoscritto/a *tutore/tutrice*
del/la minore, identificato mediante documento:
..... n° rilasciato
da il

Data

Firma

Esprimiamo il nostro consenso e richiediamo che nostro/a
figlio/a frequentate l'I.C. Velletri Sud-Ovest,
classe/sezione plesso, usufruisca del: (barrare per
esprimere il consenso)

- servizio "Sportello d'ascolto";
- attività nelle classi, incontri strutturati e percorsi informativi previsti dal progetto.
- nessun servizio

Nella eventualità la presente richiesta sia sottoscritta solo da uno dei genitori:

 sottoscritt_ padre/madre, consapevole delle Responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n.445/2000 DICHIARA che padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla suddetta autorizzazione.

Data _____

Il padre/la madre/Il Tutore

CONSENSO INFORMATO

UTILIZZARE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra madre del/della minore
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 avvalersi delle prestazioni professionali, di: dott.ssa Silvia De Biase/dott. Simone Tetti, come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del/della minore
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 avvalersi delle prestazioni professionali di: dott.ssa Silvia De Biase/dott. Simone Tetti, come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig..... nata/o a il ___/___/___
Tutore del... Sig/ minore..... 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 avvalersi delle prestazioni professionali, di: dott.ssa Silvia De Biase/dott. Simone Tetti, come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma del tutore