OGGETTO: INFORMATIVA SPORTELLO “SPAZIO ASCOLTO BEN-ESSERE E BEN-STARE A SCUOLA” a.s 2019/2020

Si informano i genitori degli alunni frequentanti le scuole primarie e secondarie di primo grado dell’Istituto Comprensivo di Sospiro, che è attivo il servizio gratuito di consulenza psicologica rivolto ad alunni, genitori e insegnanti.

Le attività svolte saranno diversificate in base ai bisogni specifici delle singole scuole (osservazioni in classe, laboratori di gruppo, screening difficoltà d’apprendimento, colloqui individuali ecc..). Il professionista che si occuperà del progetto sarà la dott.ssa Cristina Bassanini, Psicologa.

Modalità di accesso per i genitori: potranno inviare una mail all’indirizzo [sportello.ascolto@icsospiro.edu.it](mailto:sportello.ascolto@icsospiro.edu.it) oppure telefonare al numero 0372/623476

Modalità di accesso per gli alunni: potranno rivolgersi al prof. Fasani, che inoltrerà la richiesta al professionista

Durante l’espletamento delle attività sarà garantito il rigoroso rispetto del segreto professionale circa fatti e informazioni apprese durante i colloqui e l’assoluto riserbo dei dati sensibili raccolti secondo le disposizioni in materia di misure di sicurezza previste dalla normativa vigente.

Nel caso in cui il professionista rilevasse particolari situazioni di grave malessere o disagio, psicopatologie, comportamenti a rischio, si impegna ad indirizzare gli utenti ai servizi territoriali di riferimento, inoltre sarà tenuto ad attivare gli interventi appropriati nel caso in cui venisse a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica degli studenti.

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AUTORIZZAZIONE PER L’ACCESSO AL SERVIZIO “SPAZIO ASCOLTO”

La/Il sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La/Il sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitori (o esercenti la responsabilità genitoriale o tutoria) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_ della scuola primaria secondaria di primo grado

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiarano di essere a conoscenza dell’attivazione del servizio “Spazio Ascolto”, della finalità che questo servizio intende perseguire e con la presente sottoscrivono il consenso per l’accesso al servizio da parte del figlio/a.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_