



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO CAMPAGNA CAPOLUOGO

Scuola Infanzia - Primaria e Secondaria di 1° grado

Via Provinciale per Acerno - 84022 CAMPAGNA (SA)

e-mail: SAIC8BJ00C@ISTRUZIONE.IT - sito internet: www.iccampagnacapoluogo.edu.it

Tel/Fax: 0828/241258 - Cod. Meccanografico: SAIC8BJ00C - C.F. 91053340658

Agli alunni della Scuola Sec. di Primo Grado

A tutti i genitori

Ai docenti

Sito web

Atti

Oggetto: Riattivazione servizio di supporto psicologico - Sportello d'ascolto a. s. 2023/2024

Si informano le SS.LL. che nel periodo Maggio-Giugno sarà riattivato lo "Sportello d'Ascolto" rivolto agli alunni frequentanti la Scuola Secondaria di 1° Grado, ai docenti, ai genitori degli alunni di tutti gli ordini di scuola dell'IC Campagna Capoluogo che ne facciano richiesta, previo appuntamento da concordare, tramite la scuola, con la psicologa incaricata del servizio, dott.ssa Chiaviello Daniela.

Lo sportello d'Ascolto, ponendosi come strumento di prevenzione ed individuazione precoce di situazioni problematiche, è finalizzato a fornire un supporto a studenti, famiglie e personale della scuola, al fine di prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico.

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

Gli incontri avranno cadenza settimanale, il giovedì in entrambi i plessi, Mazzini e Vallegriani.

Si invitano, pertanto, le famiglie a firmare l'autorizzazione riconsegnando il modulo allegato.



Firmato da:
SERAFINI ADA
Codice fiscale: SRFDA63B60H703Y
03/05/2024 13:04:09

*Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Ada Serafini*

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

sottoscritto.....genitore/affidatario

dell'alunno/a..... nato/a a.....

il.....frequentante la classe.....della Scuola Secondaria di Primo Grado dell'IC Campagna

Capoluogo, 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 la Dott.ssa Chiaviello Daniela.

Campagna,.....

Firma.....