



**Istituto Scolastico Comprensivo  
"Castel di Lama 1"**

Via Roma n. 107 - Castel di Lama (AP)

**PROGETTO NEXT 5-14 «New EXperiences and Tools»** finanziato da Impresa Sociale "Con I Bambini" ai sensi del Bando «Nuove Generazioni» Codice di Progetto: 2017 – GEN – 000749 N. Progressivo ...P31 Importo imputato: 7.275,00.

Prot. n. 0011044 /c27

Castel di Lama, 11 dicembre 2020

**Ai genitori degli alunni della Scuola sec. di primo grado**

Oggetto: Attivazione sportello di ascolto Progetto Next 5-14.

Si comunica che, a partire dal 15/12/20 e tutti i martedì, dalle ore 08.30 alle ore 12.30, sarà attivo il servizio di sportello di ascolto relativo al progetto "Next 5-14", di cui questa scuola è partner. Esso va a potenziare analogo servizio messo a disposizione dall'Ambito Territoriale e inserito nel Piano dell'Offerta Formativa. La dott.ssa **Francesca Mattioli** sarà la psicologa referente per questo istituto.

I possibili livelli di intervento saranno due:

- individuale (sportello di ascolto rivolto ad alunni, insegnanti, genitori);
- gruppo classe (es. alfabetizzazione emotiva, prevenzione del bullismo, condotte a rischio, etc.).

I colloqui individuali da parte di genitori ed insegnanti potranno essere concordati direttamente con la dottoressa (cell. **3495392145**) e si svolgeranno in modalità videoconferenza a mezzo piattaforma Meet.

Il link di collegamento è il seguente: <https://meet.google.com/khs-pxxi-mph> (codice riunione khs-pxxi-mph). Per partecipare è necessario avere un account gmail.

Anche gli alunni potranno richiedere al bisogno colloquio individuale inserendo la richiesta in un'apposita urna, a condizione che vi sia autorizzazione preventiva (in allegato) e successiva liberatoria privacy espresse da parte dei genitori. Il servizio, compatibilmente con la situazione epidemiologica in corso, potrà prevedere la presenza in classe degli operatori, previa richiesta dei docenti e comunicazione ai genitori.

Cordiali saluti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Maria Vitali

Al Dirigente Scolastico dell'ISC \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Mi \_\_ figli\_\_ a partecipare ad eventuali incontri individuali con la psicologa.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori \_\_\_\_\_

**N.B. alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, l'autorizzazione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere condivisa dai genitori. Qualora l'autorizzazione sia firmata da un solo genitore, s'intende che l'autorizzazione sia stata comunque condivisa.**