|  |  |
| --- | --- |
|  | MINISTERO DELL’ISTRUZIONE DELL’UNIVERSITA’ E DELLA RICERCA  **Istituto Comprensivo n. 4 MODENA**  Scuola Secondaria di 1° grado **“GALILEO FERRARIS”**  Via Divisione Acqui, 160 - 41100 MODENA  059/373339 -  Fax 059.373374  **e-Mail**moic85100d@istruzione.it **Sito Web**: http://www.ic4modena.gov.it  Codice Fiscale 80013930369 |
|  |

C.I. n. \_\_\_\_ Modena, \_\_ Febbraio 2017

Agli studenti, ai genitori e ai docenti,

della scuola G. Ferraris

**Oggetto:** Apertura dello Sportello d’Ascolto a scuola

Si comunica che a partire dal **17.2**, a cura della dott.ssa Georgia De Biasi, psicologa professionista selezionata mediante bando pubblico,sarà attivato lo **spazio d’ascolto** dedicato agli alunni della scuola Secondaria di Primo Grado. Il progetto è pubblicato sul sito della scuola (www.ic4modena.gov.it).

Tale servizio intende offrire **ascolto e consulenza rispetto alle questioni ed alle tematiche connesse alla crescita,** accogliendo i bisogni di confronto e riflessione dei ragazzi e sostenendoli nel loro ruolo di studenti, con l’attenzione a potenziare e mettere in sinergia le risorse ambientali ed individuali.

La finalità dello sportello d’ascolto in ambito scolastico si colloca in un’ottica di **promozione del benessere e prevenzione del disagio** e non contempla obiettivi di cura o presa in carico terapeutica, pur lavorando in rete con i servizi che, sul territorio, si occupano di adolescenti.

L’operatore dello sportello è tenuto a garantire la tutela della *privacy* ed a rispettare le condizioni che regolamentano il segreto professionale previste dal codice deontologico degli psicologi.

Secondo il medesimo codice, per i ragazzi minorenni che desiderano usufruire dello sportelloè necessario il consenso da parte degli esercenti la patria potestà. Pertanto i genitori dovrebbero autorizzare il figlio/a compilando il modulo per il consenso e restituendolo alla scuola (il consenso non obbliga, bensì rende il ragazzo/a libero di scegliere, qualora lo desideri).

Lo sportello d’ascolto sarà aperto a partire dal 17 febbraio secondo un calendario che verrà reso noto al più presto. Per richiedere un appuntamento gli alunni potranno utilizzare un’apposita cassetta collocata in portineria, segnalando nome cognome e classe; docenti e genitori potranno telefonare direttamente alla dottoressa al numero 3397176076.

Il Dirigente Scolastico

dott.ssa Christine Cavallari

✂ ----------------------------------------✂---------------------------------(restituire compilato e firmato) -----------------------------------✂ -----------------------------------------✂

## Modulo per consenso informato per l’accesso allo sportello d’ascolto da restituire al coordinatore di classe entro sabato 11 febbraio

1. **Io sottoscritto** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. identificato mediante documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **e io sottoscritta** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. identificata mediante documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. genitori del/la minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presa conoscenza delle comunicazioni suddette, in virtù della potestà genitoriale,

* diamo
* non diamo

il consenso a che nostro/a figlio/a possa accedere, se lo desidera, allo sportello d’ascolto attivato presso la scuola dalla dott.ssa De Biasi.

Data: Firme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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