

Lo Sportello di Ascolto e il Progetto d'Intervento all'interno dell'I. C. "G. Cesare" si rivolge agli **Studenti, ai Docenti, al Personale Educativo, al Personale ATA e ai Genitori.**

Lo sportello, luogo **di consulenza e sostegno** nelle diverse situazioni di disagio individuale e relazionale, **è volto a promuovere il benessere psicologico della persona e non è finalizzato alla diagnosi, né si configura come una psicoterapia.**

## MODALITÀ D'INTERVENTO E FINALITÀ

- \* **INTERVENTI IN CLASSE, CON ATTIVITÀ PROGETTUALI PSICOEDUCATIVE E/O OSSERVAZIONI, VOLTI A MIGLIORARE IL CLIMA RELAZIONALE DI CLASSE, A PREVENIRE O MEDIARE RELAZIONI CONFLITTUALI, A MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE.**
- \* **COLLOQUI DI ASCOLTO E CONSULENZA PER GLI ALUNNI DELLA SCUOLA SECONDARIA, PER I GENITORI E DOCENTI DI TUTTI GLI ORDINI DI SCUOLA.**

## MODALITÀ DI ACCESSO

1. **POSTA ELETTRONICA ALL'INDIRIZZO:**  
**sportelloascolto@icsavignanofc.istruzioneer.it**
2. **CASSETTE ALL'INGRESSO**  
**DELL'ISTITUTO C/O POSTAZIONE**  
**COLLABORATORI SCOLASTICI**  
**(insegnanti e genitori verranno ricevuti**  
**c/o Videomediateca - Scuola Primaria**  
**"Dante Alighieri")**

**È IMPORTANTE LASCIARE SULLA RICHIESTA DI APPUNTAMENTO ANCHE IL PROPRIO RECAPITO TELEFONICO E/O INDIRIZZO EMAIL PER POTER CONFERMARE O VARIARE L'APPUNTAMENTO.**

## QUANDO

- ⇒ **LUNEDI' DALLE 8:30 ALLE 12:00**
- ⇒ **MARTEDI' DALLE 8:30 ALLE 11:30**
- ⇒ **MERCOLEDI' DALLE 8:30 ALLE 13:00**
- ⇒ **VENERDI' DALLE 8:30 ALLE 11:30**
- ⇒ **SABATO DALLE 8:30 ALLE 12:00**

### MODULO DI CONSENSO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
padre di \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_  
Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
madre di \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

**ACCONSENTONO**

**NON ACCONSENTONO**

In virtù della patria potestà genitoriale a nostro figlio/o di usufruire degli interventi collettivi, del servizio di osservazione diretta e partecipata in classe e dei colloqui individuali c/o lo Sportello d'Ascolto gestito dalla Dott.ssa Angeli Silvia Psicologa-Psicoterapeuta e dalla Dott.ssa Guiducci Marina Psicologa.

Tale consenso informato ha validità per tutta la durata della permanenza del minore presso questo Istituto, salvo comunicazione scritta di revoca.

Data \_\_\_\_\_ Firma del PADRE \_\_\_\_\_ Firma della MADRE \_\_\_\_\_

(sono indispensabili entrambe le firme)

**NELL'EVENTUALITÀ CHE LA PRESENTE SIA SOTTOSCRITTA DA UN SOLO GENITORE, COMPILARE E FIRMARE LA PARTE SOTTOSTANTE**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Il PADRE / La MADRE \_\_\_\_\_



**LO PSICOLOGO È TENUTO  
AL SEGRETO PROFESSIONALE  
RISPETTO AI CONTENUTI  
DEI COLLOQUI NEI CONFRONTI  
DI TUTTI GLI UTENTI.**

**SPORTELLO D'ASCOLTO  
PSICOLOGICO**

*Dott.ssa Guiducci Marina*

*psicologa*

*&*

*Dott.ssa Angeli Silvia*

*psicologa psicoterapeuta*

**Istituto Comprensivo “Giulio Cesare”  
Savignano sul Rubicone**