



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPrensIVO A INDIRIZZO MUSICALE "TOMMASO ANARDI"
VIA PIETRO MELCHIADE n° 7 - 84018 SCAFATI (SA)
CODICE MECCANOGRAFICO SAIC88300Q - CODICE FISCALE 80027780651
E-MAIL: saic88300q@istruzione.it - PEC: saic88300q@pec.istruzione.it
SITO WEB: ictommasoanardi.edu.it - TEL. - FAX: 0818631797

ISTITUTO STATALE COMPrensIVO - "TOMMASO ANARDI"-SCAFATI
Prot. 0003053 del 11/11/2024
IV-5 (Uscita)

Scafati, 11/11/2024

Agli Atti-Albo-Sito web
Ai Docenti - Al personale ATA - Ai Genitori/alunni
dell'I.C. "Tommaso Anardi", Scafati (SA)

OGGETTO: ATTIVAZIONE SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO E GRUPPI DI ASCOLTO A SUPPORTO DEI GENITORI

Si comunica che, con Delibera del Consiglio di Istituto n° 38 del 10/09/2024, è stato approvato il Progetto "Uniti per il benessere nell'avventura dell'adolescenza" (Prot. n° 2266/IV del 10/09/2024).

Di conseguenza, a partire dal giorno 11 novembre 2024, saranno attivati un servizio di **Sportello di Ascolto Psicologico** dedicato agli studenti e un servizio di **Gruppi di Ascolto** rivolti ai genitori. Tali servizi, completamente gratuiti, hanno lo scopo di offrire uno spazio sicuro e di supporto nel quale studenti, genitori e insegnanti potranno esprimere le proprie difficoltà, riflettere su esperienze personali e condividere strumenti per affrontare momenti di disagio o di crescita.

DETTAGLI DEI SERVIZI

1. Sportello di Ascolto Psicologico

- **Destinatari:** alunni della Scuola Secondaria di Primo Grado.
- **Finalità:** offrire un punto di ascolto e di supporto su problematiche legate a difficoltà emotive, relazionali, scolastiche e di orientamento.
- **Modalità di Accesso:** gli studenti possono accedere allo sportello su base volontaria, previo consenso dei genitori.
- Una volta a settimana, il lunedì dalle ore 9.00 alle 13.00 con possibilità di estensione su richiesta.

2. Gruppi di Ascolto per Genitori

- **Destinatari:** genitori degli studenti Scuola Secondaria di Primo Grado.
- **Finalità:** creare uno spazio di confronto e di condivisione su temi di interesse comune, come il rapporto genitori-figli, la gestione dei conflitti, l'accompagnamento alla crescita e alla responsabilità.
- **Modalità di Partecipazione:** i gruppi di ascolto si terranno una volta al mese, in modalità presenziale presso la scuola. La partecipazione è volontaria, previa iscrizione presso la segreteria.
- **Tematiche:** saranno affrontati temi di interesse comune e sarà possibile proporre argomenti di discussione in base alle esigenze del gruppo.

3. Modalità di Iscrizione

Per iscriversi ai servizi di sportello di ascolto e/o ai gruppi per genitori, occorre compilare i Modelli allegati, scaricabili dal Sito WEB o disponibili presso gli Uffici di Segreteria e riconsegnarli agli stessi Uffici.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Guglielmo Formisano

Documento firmato digitalmente da Formisano Guglielmo
ai sensi del D. Lgs. n° 82/2005 e [ss.mm.ii.](#) e norme collegate

ALLEGATO 1

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. "TOMMASO ANARDI", SCAFATI (SA)

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCESSO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO PER MINORI

Il Sottoscritto

Richiedente (Genitore/Tutore Legale)

Nome e Cognome: _____

Telefono: _____

Email: _____

Genitore di

Nome e Cognome dello Studente: _____

Classe: _____

Luogo e Data di Nascita: _____

CHIEDE L'ACCESSO ALLA PARTECIPAZIONE ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO PER MINORI

Dichiara di essere consapevole che il servizio di sportello di ascolto è uno spazio di supporto e di ascolto psicologico, e autorizza suo/a figlio/a a partecipare su base volontaria.

Il servizio è riservato a problematiche di tipo scolastico, emotivo e relazionale. Non sostituisce alcun tipo di terapia psicologica o psichiatrica.

Firma del Genitore/Tutore Legale: _____

Data: _____

Privacy

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n° 196/2003 e del Regolamento UE n° 2016/679 per le finalità legate al servizio.

Firma per il consenso al trattamento dati: _____

ALLEGATO 2

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. "TOMMASO ANARDI", SCAFATI (SA)

OGGETTO: RICHIESTA DI ISCRIZIONE AI GRUPPI DI ASCOLTO PER GENITORI

Il sottoscritto

Nome e Cognome del Genitore: _____

Luogo e Data di nascita _____

Nome e Cognome del Figlio/a: _____

Classe del Figlio/a: _____

Telefono: _____

Email: _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO E DI PARTECIPARE AI GRUPPI DI ASCOLTO PER GENITORI

Motivazione della Partecipazione

Temi di Interesse

Dichiarazione di Impegno

Dichiara di voler partecipare ai gruppi di ascolto per genitori organizzati dalla scuola. È consapevole che i gruppi di ascolto offrono uno spazio di confronto e di riflessione su temi riguardanti la genitorialità e la relazione con i figli.

Firma del Partecipante: _____

Data: _____

Privacy

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n° 196/2003 e del Regolamento UE n° 2016/679 per le finalità legate al servizio.

Firma per il consenso al trattamento dati: _____