



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO SANT'ELPIDIO A MARE

INFANZIA, PRIMARIA e SECONDARIA DI PRIMO GRADO - C.F. 90055110440 - C.M. APIC839002
Via Carlo Alberto dalla Chiesa n. 114 – 63811 – Sant'Elpidio a Mare (FM)
Tel. 0734.859226/0734.810800 - Fax 0734.818609 – email: apic839002@istruzione.it – web: www.iscsem.gov.it

Prot. n. 103/2019

Sant'Elpidio a Mare, li 09/01/2019

COMUNICAZIONE 80

Ai Genitori degli alunni
della Scuola Secondaria di 1° grado
Alla Home Page Sito Web

p.c. ai Docenti

Si comunica ai genitori degli alunni della scuola secondaria di primo grado di S.Elpidio a Mare, che è attivo lo **Sportello d'Ascolto Psicologico (SAP)** rivolto agli alunni, ai genitori e agli insegnanti, affidato alla Psicologa Scolastica e Psicoterapeuta Dott.ssa Laura Carlomè.

Lo sportello sarà attivo dal **22 gennaio 2019** con cadenza settimanale:

*tutti i Giovedì dalle ore 10,00 alle ore 13,00
il Martedì dalle ore 16:30 alle 18:30 solo su appuntamento*

Lo sportello d'ascolto è inteso come "PUNTO DI ASCOLTO" e di SUPPORTO rispetto alle problematiche relative all'orientamento scolastico, alle relazioni con i compagni, insegnanti e genitori, al rapporto con lo studio (motivazione, ansia, difficoltà di concentrazione), alle dipendenze da internet e alle tematiche personali. I colloqui non avranno carattere terapeutico ma saranno delle consulenze semplici o di mediazione. Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza dei colloqui e degli interventi.

I genitori interessati potranno contattare la dott.ssa per un appuntamento telefonando al numero **3664166958** dal lunedì al venerdì dalle 18:30 alle 20:00.

Per consentire ai vostri figli di poter accedere allo sportello d'ascolto, sarà necessario la compilazione e la firma del consenso informato, qui di seguito riportato.

*LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Teresa Santagata*

*Firma autografa sostituita da indicazioni a mezzo
stampa, ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.lgs n.39/1993*

Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello d'Ascolto Psicologico

Il sottoscritto _____ genitore/affidatario dell'alunno/a

_____ nato a _____

il _____ frequentante la classe _____ della Scuola _____

presa visione dell'istituzione presso la Scuola dello Sportello d'Ascolto Psicologico

AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa Scolastica e Psicoterapeuta Dott.ssa LAURA CARLOMÈ.

In fede,

Data

Firma _____