

**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA
RICERCA UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE
PER IL LAZIO**



Istituto Comprensivo di FRASCATI

Scuola dell'infanzia, Scuola primaria,
Scuola secondaria di primo grado
00044 FRASCATI (RM) VIA DON BOSCO 8
C.F. 92028930581 C.M. RMIC8C3007
TEL. 069422630 FAX.: 06 90282248
e-mail rmic8c3007@istruzione.it
pec: rmic8c3007@pec.istruzione.it



**A tutto il personale docente e Ata
Ai genitori degli alunni**

Oggetto: Sportello d'ascolto.

Si comunica alle SS.LL. che nella nostra scuola è stato attivato lo SPORTELLO D'ASCOLTO per gli alunni della scuola secondaria di I grado, per tutto il personale e per i genitori dell'I.C. di Frascati che volessero usufruirne. (bando che si può consultare sul sito del nostro Istituto in Albo Pretorio _ Archivio atti pubblicati _ atto n. 3706 del 29_10-2019

https://www.icdifrascati.edu.it/albo-online/component/chronoforms5/?chronoform=atti_vista&gcb=253&Itemid=113

per gli alunni

1. sono previsti incontri individuali, richiesti dal singolo studente, ed eventuali osservazioni in classe, su richiesta del Consiglio di classe;

per gli adulti

2. l'ascolto e la consulenza sono finalizzate ad analizzare e chiarire problemi educativi e relazionali (vd. bando).

Procedura per accedere al servizio:

- GENITORI compilare e inserire nella cassetta predisposta il modulo di richiesta, disponibile presso la postazione del collaboratore scolastico della sc. Sec. di I grado in via D'Azeglio;
- DOCENTI: inserire la richiesta nella cassetta predisposta nel plesso di servizio;
- ALUNNI: la procedura sarà comunicata direttamente ai ragazzi che potranno accedere al servizio, previa autorizzazione dei genitori.

Di seguito autorizzazione da compilare e consegnare al docente coordinatore di classe.

SPORTELLO D'ASCOLTO

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

Io/ Noi sottoscritto/i _____

Genitore/i – tutore dell'alunno/a _____

Frequentante la classe _____ del plesso _____

SI Autorizzo mio/a figlio/a punto1

NON Autorizzo mio/a figlio/a punto1

A poter usufruire del servizio sportello d'ascolto.

_____ li, _____

Firma del/del genitore/i – tutore

