



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "SANDRO PERTINI"

59024 VERNIO (PO) Via A. Magini 1 - Tel. 0574/938022

C.F. 84009290481 - Codice Meccanografico POIC80700G Email:

poic811007@istruzione.it P.E.C.: poic811007@pec.istruzione.it

Sito Istituto: <http://www.pertinivernio.edu.it/>

I.C.S. - "SANDRO PERTINI"-VERNIO
Prot. 0000721 del 21/01/2026
IV (Entrata)

Circ.86 a.s. 2025_26

Alle/i Docenti
Ai genitori
Al sito web
Agli Atti

Oggetto: Attivazione dello Sportello di Ascolto Psicologico per i genitori e gli alunni della scuola secondaria di I grado, per i genitori della scuola primaria e della scuola dell'infanzia, per i docenti dell'Istituto e per il personale ATA.

Si comunica che, a partire dal mese di febbraio, sarà attivato all'interno dell'Istituto il Progetto di Sportello di Ascolto e Sostegno Psicologico, realizzato in collaborazione con la Cooperativa Pane e Rose che ha individuato la Dott.ssa Facchini Alessia in qualità di Psicologa-Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana con il numero 4189 come esperta per il progetto.

Il servizio prevede la presenza di una psicologa specializzata, con l'obiettivo di promuovere il benessere emotivo, relazionale e scolastico degli studenti e di offrire supporto alle famiglie, ai docenti e al personale ATA.

Gli incontri potranno avvenire esclusivamente su prenotazione e, per gli incontri con i minorenni, previa autorizzazione scritta da parte di entrambi i genitori. Per gli incontri con maggiorenni, il consenso informato potrà essere firmato al momento dell'incontro.

Al fine di consentire un'adeguata organizzazione del servizio, le autorizzazioni dovranno essere consegnate almeno **tre giorni prima** della data dell'incontro.

In data **10/02/2026, dalle ore 9:00 alle 12:00**, si terrà il primo incontro a classi parallele con l'esperta psicologa per la scuola secondaria di I grado così divise:

- dalle 9:00 alle 10:00 le classe seconde,
- dalle 10:00 alle 11:00 le classi prime,
- dalle 11:00 alle 12:00 le classi terze.

Durante l'incontro la professionista si presenterà agli alunni, illustrerà il proprio ruolo e le finalità del progetto, spiegando in modo semplice e adeguato all'età l'importanza dello sportello di ascolto come spazio di accoglienza, supporto e confronto. L'incontro è finalizzato a favorire un primo approccio sereno con la nuova figura di riferimento e a promuovere un clima di fiducia e conoscenza reciproca.

Per la scuola primaria e la scuola dell'infanzia, lo sportello di ascolto è rivolto prioritariamente ai genitori. Eventuali incontri con i bambini potranno essere attivati solo in casi specifici, previa valutazione condivisa

con la psicologa. Al fine di agevolare la partecipazione delle famiglie, gli incontri previsti per la primaria e per l'infanzia si svolgeranno in modalità online.

Seguirà a breve una successiva circolare contenente nel dettaglio il calendario degli incontri, le modalità di svolgimento, i luoghi e le specifiche organizzative previste per i diversi ordini e gradi di scuola. Nella stessa comunicazione saranno inoltre forniti i moduli di autorizzazione e tutte le informazioni necessarie per una partecipazione consapevole al servizio.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Marcella Panariello
*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.LGS N. 39/1993)*

**Modulo per il consenso informato
alla prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18**

La sottoscritta _____,
nata a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,
[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della madre.]

Il sottoscritto _____,
nata a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,
[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]

Visto e compreso tutto quanto indicato nella circolare allegata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____
nata/o a _____ il _____ residente a _____
in via _____
codice fiscale _____ *(indicare i dati del minore)*

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprimono il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione descritta nella circolare;

☐ FORNISCE IL CONSENSO

accettiamo che nostro/a figlio/a fruisca della prestazione concordata con la dr.ssa Alessia Facchini, quale esperto incaricato nella gestione dello sportello di ascolto psicologico scolastico di questo Istituto, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Toscana al numero 4189.

Luogo e Data **Firma (leggibile) di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà genitoriale***

_____, _____

* Alla luce del codice civile e della normativa vigente in materia di filiazione, la richiesta di autorizzazione a qualsiasi attività aggiuntiva della scuola, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la decisione sia stata condivisa.

Firma genitore _____