



ISTITUTO COMPRENSIVO N.1

40068 San Lazzaro di Savena (Bo)

Via Repubblica, 25 - Tel e Fax 051 460060 - 051 6270222

E mail boic88100b@istruzione.it

Pec boic88100b@pec.istruzione.it

Sito www.ic1sanlazzarodisavena.gov.it

c.f. 91370210378

Circ. n°18

San Lazzaro di Savena, 2 ottobre 2017

Ai genitori degli alunni
A tutti i docenti
LORO SEDI

OGGETTO: Progetto SPAZIO D'ASCOLTO

Si comunica che il Comune di San Lazzaro di Savena, all'interno del progetto "Benessere e Bendivenire: un percorso di crescita della comunità", attiverà uno "Spazio d'ascolto" **psico-pedagogico** destinato a tutti i genitori, agli alunni di scuola secondaria, ai docenti, con la collaborazione della psicologa dott.ssa Elena Battisti. La sua finalità è quella di promuovere e migliorare il benessere dei bambini e ragazzi delle nostre scuole e di sostenere le competenze genitoriali ed educative degli adulti che si occupano della loro cura ed educazione.

Il progetto funzionerà a partire dal **16 ottobre 2017** secondo il seguente calendario:

MARTEDI: dalle 13.30 alle 18.00 per i genitori. Gli interessati potranno prenotare un colloquio al tel. 051/460060

GIOVEDI: dalle 8.30 alle 13.00 per gli alunni della scuola secondaria. Gli alunni, con autorizzazione dei genitori, potranno prenotarsi lasciando in portineria un foglietto con il loro nome e la classe.

dalle 13.30 alle 15.30 per i genitori e, eventualmente, per i ragazzi delle Rodari accompagnati dai genitori

I docenti potranno prenotare il colloquio in entrambe le giornate telefonando al nr. 051/460060

Ai genitori della **scuola secondaria di primo grado Rodari** si chiede di compilare e restituire firmato il tagliando in calce, **entro il giorno venerdì 6 ottobre 2017**, per l'eventuale consenso all'accesso allo sportello dei propri figli minorenni (naturalmente su spontanea richiesta di questi ultimi è garantita la necessaria privacy).

Il Dirigente Scolastico
Daniela Turci

Il sottoscritto genitore dell'alunno..... della classe ...

ESPRIME ESPlicito CONSENSO

NEGA IL CONSENSO

affinché il proprio figlio possa accedere alla consulenza personale della psicologa nell'ambito "Spazio d'ascolto".
la presente autorizzazione vale per tutto il percorso nella scuola secondaria con possibilità di revoca.

Firma del padre _____

Firma della madre _____

(N.B. si richiede la firma di ambedue i genitori. Nel caso fosse impossibile avere la firma di entrambi i genitori, si chiede di firmare la sottostante dichiarazione)

Il sottoscritto padre/madre dell'alunno..... dichiara che l'altro genitore è irraggiungibile e mi assumo le responsabilità di legge in merito a questa dichiarazione

Firma