 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | http://previews.123rf.com/images/angelp/angelp1110/angelp111000119/10880579-Vector-musical-notes-staff-background-for-design-use-Stock-Vector.jpg***INDIRIZZO MUSICALE*** | http://www.istitutocomprensivo2pontecorvo.gov.it/wp-content/uploads/2012/12/scuolamica.png |

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI CIVIDALE DEL FRIULI**

Scuole dell’Infanzia, Primarie e Secondaria di I° Grado dei Comuni di :Cividale del F., Prepotto e Torreano

Via Udine n. 15/2 – 33043 Cividale del Friuli – UD -

Cod. Meccanografico UDIC851001– C.F.: 94127320300

Tel. : 0432/733835 – E-mail : udic851001@istruzione.it – Pec :udic851001@pec.istruzione.it

Ai genitori degli alunni delle classi quinte delle Scuole Primarie

 “ A. Manzoni ” di Cividale

“ J. Tomadini ” di Rualis

“ D. Alighieri ” di Prepotto

“ V. Alfieri ” di Torreano

Alle insegnanti interessate

E, p.c. Al personale A.T.A. – sedi

Oggetto : “ **SPORTELLO D’ASCOLTO** ” rivolto ai bambini/e delle classi quinte, delle scuole primarie dipendenti dall’Istituto Comprensivo di Cividale del F. – A.S. 2020/2021.

**Gentili genitori,**

ho il piacere di informarvi che, constatati i positivi esiti dell’esperienza trascorsa, anche quest’anno, nel nostro Istituto Comprensivo, è stato attivato lo “ SPORTELLO D’ ASCOLTO ” per gli alunni/e.

L’iniziativa non è rivolta ad un particolare segmento di studenti ma, considerato che la si ritiene un potenziale supporto alla crescita di ognuno, è aperta all’intera popolazione studentesca delle classi quinte.

Attraverso questo servizio intendiamo accogliere precocemente le espressioni di disagio che i bambini e le bambine vivono e offrire ascolto e sostegno alle necessità individuali facendo emergere, attraverso il confronto, chiavi di lettura e competenze utili a superare situazioni difficili.

Lo Sportello di Ascolto è il luogo dove si svolge il colloquio individuale, uno spazio tranquillo e riservato al quale i bambini possono accedere spontaneamente e senza nessun obbligo.

E’ un luogo dedicato all’ascolto, all’accoglienza dove si cerca di dar una risposta alle necessità dei singoli alunni e dove è possibile la mediazione con altre parti – genitori ed insegnanti – in funzione del miglioramento del benessere dei bambini, uno dei principali obiettivi formativi delle nostre scuole,

La responsabile dello sportello è la dott.ssa Blasutig Beatrice, insegnante e pedagogista clinica.

*Gli alunni che desidereranno usufruire di tale spazio d’ascolto potranno comunicarlo direttamente all’insegnante di classe o scrivere su un bigliettino nome, classe di appartenenza ed inserirlo nell’apposita cassettina presente nella propria scuola.*

**N. B. - I contenuti delle singole consulenze saranno coperti dal segreto professionale, pur tuttavia potranno essere segnalate alla scuola delle aree-problema per le quali si potrà programmare specifici interventi mirati e/o di prevenzione.**

**AUTORIZZAZIONE: affinchè vostro figlio/a possa accedere allo “ Sportello d’Ascolto ” è necessario ch diate il vostro consenso compilando il modulo allegato alla presente comunicazione.**

Cordiali saluti.

 LA DIRIGENTE SCOLASTICA

 (dott.ssa Guglielmin Luella)

**Modulo di consenso informato per l’accesso del minore allo “ Sportello d’Ascolto ”**

In riferimento all’attivazione dello “ Sportello d’Ascolto ” per gli alunni delle classi quinte delle scuole primarie dell’Istituto Comprensivo di Cividale del Friuli, il cui scopo è quello di fornire un aiuto agli studenti attraverso colloqui individuali, **si invitano i genitori a firmare il presente modulo al fine di autorizzare o meno l’eventuale accesso del/la proprio/a figlio/a a tale servizio.**

**Il modulo va compilato in ogni sua parte, da coloro che esercitano la potestà genitoriale. E’ piena**

 **facoltà e diritto del genitore decidere di negare l’autorizzazione, in tal caso l’eventuale richiesta del minore non verrà accolta.**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Il sottoscritto padre/affidatario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nome e cognome

E

La sottoscritta madre/affidataria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nome e cognome

presa conoscenza delle suddette comunicazioni, in virtù della potestà genitoriale,

□ AUTORIZZA/AUTORIZZANO

 □ NON AUTORIZZA/AUTORIZZANO

Il proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nome e cognome dell’alunno/a frequentante la classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_della scuola primaria di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ad usufruire del Servizio dello “ Sportello di Ascolto ” offerto dall’insegnante e pedagogista clinica dott.ssa Blasutig Beatrice, nella scuola di appartenenza del/della proprio/a figlio/a.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modulo di consenso informato per l’accesso del minore allo “ Sportello d’Ascolto ”**

In riferimento all’attivazione dello “ Sportello d’Ascolto ” per gli alunni delle classi quinte delle scuole primarie dell’Istituto Comprensivo di Cividale del Friuli, il cui scopo è quello di fornire un aiuto agli studenti attraverso colloqui individuali, **si invitano i genitori a firmare il presente modulo al fine di autorizzare o meno l’eventuale accesso del/la proprio/a figlio/a a tale servizio.**

**Il modulo va compilato in ogni sua parte, da coloro che esercitano la potestà genitoriale. E’ piena**

 **facoltà e diritto del genitore decidere di negare l’autorizzazione, in tal caso l’eventuale richiesta del minore non verrà accolta.**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Il sottoscritto padre/affidatario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nome e cognome

E

La sottoscritta madre/affidataria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nome e cognome

presa conoscenza delle suddette comunicazioni, in virtù della potestà genitoriale,

□ AUTORIZZA/AUTORIZZANO

 □ **NON** AUTORIZZA/AUTORIZZANO

Il proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nome e cognome dell’alunno/a

frequentante la classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_della scuola primaria di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ad usufruire del Servizio dello “ Sportello di Ascolto ” offerto dall’insegnante e pedagogista clinica dott.ssa Blasutig Beatrice, nella scuola di appartenenza del/della proprio/a figlio/a.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_