* 1.

 **A tutti gli studenti**

 **Ai genitori e tutori legali**

Oggetto: **Sportelli d’ascolto *A.S. 2021/2022***

Si comunica che è attivo il progetto “Giovani Domani”, gestito dagli psicologi/psicoterapeuti dell’equipe IdO, che prevede:

* l’apertura dello sportello d’ascolto per gli studenti tenuto dalla Dott.ssa Fabiana Gerli il mercoledì (secondo calendario allegato) dalle ore 9 alle ore 13;
* la somministrazione di un questionario anonimo;
* possibili interventi nelle classi;
* sportello d'ascolto rivolto ai genitori tenuto dalla dott.ssa Flavia Ferrazzoli in orario pomeridiano secondo calendario allegato. Sarà possibile prenotarsi allo sportello d'ascolto telefonicamente chiamando il numero 3334118790

Il progetto in oggetto verrà presentato ai genitori e ai tutori legali in data giovedì 13/01/2022 alle ore 17 in piattaforma google al link <https://meet.google.com/xeo-coyk-gbc>

Si specifica che gli psicologi dello sportello d’ascolto trattano i dati sensibili nel rispetto degli obblighi di legge.

Il progetto è attivo in presenza e in modalità on line. In quest’ultimo caso le attività proposte si svolgeranno utilizzando il canale Skype o video chat analoga.

Si informa che durante gli incontri in modalità on line gli specialisti garantiranno la privacy dei colloqui, pertanto, non verranno in alcun modo registrati né in audio né in video, nè saranno presenti terze persone all’interno della stanza degli specialisti.

Ogni azione prevista dal progetto verrà svolta nel rispetto della normativa anti-Covid vigente.

 **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AUTORIZZAZIONE**

**I sottoscritti …........................................................................ e ............................................................................. genitori dell'alunno/a …........................................................................... autorizzano il proprio figlio/a ad accedere al servizio dello sportello d’ascolto.**

 AUTORIZZO NON AUTORIZZO

 FIRMA ……………………………………..………..….. FIRMA ..……..……………………………………………

IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ DI FIRMA DA PARTE DI UN GENITORE

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la AUTORIZZAZIONE in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA DEL GENITORE

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