|  |  |
| --- | --- |
|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “A. POLIZIANO”**  Viale Morgagni n. 22 – 50134 FIRENZE  Tel. 055/4360165 – FAX 055/433209 –  C.M. FIIC85700L – C.F. 94202800481  e-mail: [fiic85700l@istruzione.it](mailto:fiic85700l@istruzione.it) pec: [fiic85700l@pec.istruzione.it](mailto:fiic85700l@pec.istruzione.it)  sito [http://www.icpoliziano.gov.it](http://www.icpoliziano.gov.it/) |

Circolare

Prot. 2845/A36

Ai Sigg. genitori degli alunni

delle classi Prime, Seconde e Terze

Scuola Secondaria di Primo Grado

Istituto Comprensivo “Poliziano” di Firenze

Oggetto: Progetto di attivazione di uno sportello di ascolto psicologico.

L’I. C. “Poliziano”, in collaborazione con l’associazione Il Cerchio, per affrontare problematiche inerenti la crescita e l’adolescenza, la dispersione scolastica, le problematiche nello studio, conflittualità e insuccessi, ma anche per creare uno spazio per fare prevenzione rispetto ad eventuali situazioni di disagio e sofferenza e alle situazioni di rischio, ha ideato e strutturato il “Progetto di attivazione di uno sportello di ascolto psicologico, di un servizio di orientamento per le scelte scolastiche future e di incontri tematici” teso alla promozione di una sempre migliore qualità della vita.

Lo sportello di ascolto psicologico offrirà agli studenti che lo vorranno l’opportunità di usufruire della consulenza psicologica all’interno dell’istituto.

Lo spazio sarà dedicato prima di tutto ai ragazzi, ai loro problemi, alle loro difficoltà con il mondo della scuola, della famiglia, dei pari; e fornirà loro la possibilità di prevenire o affrontare il disagio che fisiologicamente l’adolescenza porta con sé.

Eventualmente lo sportello potrà costituirsi anche come spazio di incontro e confronto per i genitori che lo desiderano, per essere aiutati a comprendere e ad affrontare le difficoltà che possono sorgere nel rapporto con un figlio che cresce.

La Dottoressa riceverà di lunedì dalle ore 12.30 alle ore 14.00 su appuntamento.

Il Dirigente Scolastico

Alessandro Bussotti

------------------------------------------------------------------------------ da restituire firmato

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore o affidatario dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola Secondaria di Primo Grado dell’I. C. “Poliziano”, informato dell’istituzione presso la scuola del “**Progetto di attivazione di uno sportello di ascolto psicologico, di un servizio di orientamento per le scelte scolastiche future e di incontri tematici**”

□ sì, aderisco □ no, non aderisco

al progetto e agli incontri individuali e di gruppo con la Psicologa, Dott.ssa Teresa Carmen Gagliardi.

La Dottoressa riceverà di lunedì dalle ore 11.00 alle ore 13.00 su appuntamento.

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firenze, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_