



Istituto Scolastico Comprensivo  
CUPRA MARITTIMA e RIPATRANSONE (AP)  
Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria 1° grado  
Cossignano – Cupra Marittima – Massignano – Montefiore dell' Aso – Ripatransone  
Via Da Sole, 1 - 63065 - RIPATRANSONE (AP)  
C.F. 82005290448 – Tel. 0735/9234 e Fax 0735/99112 - APIC804003 -  
e mail: [apic804003@istruzione.it](mailto:apic804003@istruzione.it) - Pec: [apic804003@pec.istruzione.it](mailto:apic804003@pec.istruzione.it) -  
Sito web: [www.iccupra-ripatransone.edu.it](http://www.iccupra-ripatransone.edu.it)



- Ai genitori
- Ai docenti
- Agli studenti/studentesse S.S. I Grado

Oggetto: **PROGETTO SPORTELLO DI ASCOLTO A.S. 2021/2022**

Si comunica che dal mese di ottobre, all'interno dei Progetti di prevenzione dell'Ambito Territoriale Sociale 21 in collaborazione con la Coop. Cooss Marche, in questo istituto sarà attivato il progetto di cui all'oggetto, volto alla promozione della salute e alla prevenzione del disagio con attività di counseling individuale a richiesta con studenti (**solo della Scuola Secondaria di I Grado**), personale scolastico e genitori.

È un servizio con finalità di tipo informativo, orientativo e consultivo, per fronteggiare, all'interno del contesto scolastico, le possibili situazioni di disagio.

Esso offrirà uno spazio di ascolto, facilitando anche la conoscenza e l'accessibilità alle risorse del territorio.

Per poter accedere al servizio per gli studenti/studentesse minori, è necessario riconsegnare l'autorizzazione con la firma di entrambi i genitori.

Lo sportello sarà aperto nei plessi delle Scuole dei Comuni in indirizzo, nei giorni ed orari che verranno comunicati a breve, **gli/le studenti/studentesse autorizzati/** e potranno richiedere l'incontro con il professionista ai docenti referenti del progetto e potranno uscire dalla classe per recarsi nell'aula adibita a sportello d'ascolto.

I genitori ed i docenti potranno richiedere il colloquio attraverso la mail del professionista, che verrà successivamente comunicata.

Per permettere ai/alle propri/e figli/figlie di poter utilizzare lo sportello d'ascolto è necessario compilare e riconsegnare la scheda di **autorizzazione/non autorizzazione** firmata da entrambi i genitori ( ad eccezione delle famiglie monoparentali, l'autorizzazione con una sola firma non sarà considerata valida).

Anche i genitori che **NON INTENDANO** permettere l'accesso a tale servizio ai propri figli/e **frequentanti la scuola secondaria di primo grado**, devono comunque compilare e riconsegnare alla scuola la scheda allegata alla presente comunicazione.

Pertanto **TUTTI I GENITORI** sono pregati di rendere alla scuola la scheda dichiarando la propria **autorizzazione o non autorizzazione**, a conferma dell'avvenuta ricezione.

La Dirigente Scolastica  
Gaia Gentili

  
Firmato digitalmente da  
GNTGA164P43H769L



Istituto Scolastico Comprensivo  
 CUPRA MARITTIMA e RIPATRANSONE (AP)  
 Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria 1° grado  
 Cossignano – Cupra Marittima – Massignano – Montefiore dell' Aso – Ripatransone  
 Via Da Sole, 1 - 63065 - RIPATRANSONE (AP)  
 C.F. 82005290448 – Tel. 0735/9234 e Fax 0735/99112 - APIC804003 -  
 e mail: [apic804003@istruzione.it](mailto:apic804003@istruzione.it) - Pec: [apic804003@pec.istruzione.it](mailto:apic804003@pec.istruzione.it) –  
 Sito web: [www.iccupra-ripatransone.edu.it](http://www.iccupra-ripatransone.edu.it)



**Ai genitori S. S. I grado**  
**Loro Sedi**

**SCHEDA ADESIONE/AUTORIZZAZIONE PROGETTO DIDATTICO “SPORTELLO D’ASCOLTO”**

I sottoscritti.....e  
 .....  
 in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale sul/la proprio/a figlio/a  
 minore.....,  
 classe.....plesso di .....,

**DICHIARANO**

1)di aver preso visione dell’informativa sul progetto “Sportello d’ascolto” prot. 4812/2021 del7.10.21;  
 2)di **AUTORIZZARE / NON AUTORIZZARE** (*cancellare la voce che non interessa*)il/la proprio/a  
 figlio/a..... alla partecipazione allo “Sportello d’Ascolto”  
 che prevede il colloquio individuale con il professionista nei tempi e nelle modalità descritte  
 nell’informativa.

**Cognome e Nome del Genitore**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cognome e Nome del Genitore**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PER FAMIGLIA MONOPARENTALE:**

Dichiaro che mio/a figlio/a convive con un solo genitore e che l’altro genitore è a conoscenza della presente autorizzazione/è impossibilitato alla firma, pertanto il/la sottoscritto/a, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un Pubblico Ufficiale o che presenta false dichiarazioni è punito a termine degli artt. 495 e 496 del C. P., dichiara che quanto sopra corrisponde a verità, assumendo responsabilità nei confronti dell’altro genitore.

**Cognome e Nome del Genitore**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_