



UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "VIALE DEI CONSOLI 16" XVIII Distretto - Cod. M.P.I. RMIC8G6005
SEDE LEGALE VIA MARCO DECUMIO, 25 - 00174 ROMA Tel. 067615987
Sito web: www.icvialedeiconsoli.gov.it

SCUOLA PRIMARIA:
DAMIANO CHIESA Via Marco Decumio, 25 tel. 067615987 ALDO FABRIZI Via V. Publicola, 165 tel. 06768097
SALVO D'ACQUISTO Via Selinunte, 3 tel. 067610734 GIACOMO PUCCINI Viale dei Consoli, 16 tel. 06 76961145
SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO:
SUCCURSALE VIA DEL QUADRARO, 102 tel. 06768044 SUCCURSALE VIALE OPITA OPPIO, 45 tel. 067615785

Roma, 24/10/2017

AI DOCENTI
SCUOLA SECONDARIA

ALLE FAMIGLIE DEGLI ALUNNI
SCUOLA SECONDARIA

CIRCOLARE N. 40

OGGETTO: attivazione sportello di ascolto per studenti e famiglie

Le SS. LL. sono invitate a dare la seguente comunicazione alle famiglie tramite avviso scritto e verifica della firma per presa visione:

“Si informano le gentili famiglie che il progetto della Regione Lazio, Piano di interventi ed azioni per la prevenzione, gestione e contrasto del fenomeno del bullismo e del cyber-bullismo presentato unitamente all’Istituto Lucio Lombardo Radice, è stato finanziato e prevede per la scuola secondaria di primo grado l’attivazione di uno sportello d’ascolto condotto dalla Dott.ssa Sabrina Lezzi della Coop. Diversamente.

Lo sportello avrà svolgimento in base al calendario pubblicato nell’area genitori del sito d’Istituto, ma prioritariamente sarà necessario acquisire l’autorizzazione da parte delle famiglie con firma dei genitori / titolari della responsabilità genitoriale”.

Le autorizzazioni saranno raccolte dai coordinatori e consegnate alle docenti Politelli per via del Quadraro e Petrizzo per Opita Oppio. Tali autorizzazioni saranno poi acquisite in Segreteria dalla Assistente Amministrativa Drinetta Proietti per controllo.

Come lo scorso anno i ragazzi chiederanno colloquio su richiesta inserita in contenitore da predisporre.

Il Dirigente scolastico
Dott.ssa Teresa Luongo

IC viale dei Consoli

Calendario Incontri Sportello d'ascolto
a. s. 2017-18

<i>Giorno</i>	<i>Data</i>	<i>Orario</i>	<i>Plesso</i>
martedì	14 novembre 2017	9.00-11.00 11.00-13.00	Via del Quadraro Via Opita Oppio
martedì	28 novembre 2017	9.00-11.00 11.00-13.00	Via del Quadraro Via Opita Oppio
martedì	12 dicembre 2017	9.00-11.00 11.00-13.00	Via del Quadraro Via Opita Oppio
martedì	9 gennaio 2018	9.00-11.00 11.00-13.00	Via del Quadraro Via Opita Oppio
martedì	23 gennaio 2018	9.00-11.00 11.00-13.00	Via del Quadraro Via Opita Oppio
martedì	6 febbraio 2018	9.00-11.00 11.00-13.00	Via del Quadraro Via Opita Oppio
martedì	20 febbraio 2018	9.00-11.00 11.00-13.00	Via del Quadraro Via Opita Oppio
martedì	6 marzo 2018	9.00-11.00 11.00-13.00	Via del Quadraro Via Opita Oppio
martedì	20 marzo 2018	9.00-11.00 11.00-13.00	Via del Quadraro Via Opita Oppio
martedì	10 aprile 2018	9.00-11.00 11.00-13.00	Via del Quadraro Via Opita Oppio
martedì	24 aprile 2018	9.00-11.00 11.00-13.00	Via del Quadraro Via Opita Oppio
martedì	15 maggio 2018	9.00-11.00 11.00-13.00	Via del Quadraro Via Opita Oppio

I sottoscritti _____ e _____, genitori dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola Secondaria _____, è informato della presenza nella scuola dello SPORTELLO DI ASCOLTO, tenuto dalla psicologa psicoterapeuta della Soc. Diversamente coop. Soc. a r.l., dott.ssa Sabrina Lezzi.

Autorizza il proprio figlio a partecipare, **su sua richiesta**, nei seguenti termini:
o autorizza il proprio figlio a partecipare allo sportello di ascolto durante l'anno scolastico o autorizza a un solo colloquio
o non autorizza

data _____

Firma _____
Firma _____

I sottoscritti _____ e _____, genitori dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola Secondaria _____, è informato della presenza nella scuola dello SPORTELLO DI ASCOLTO, tenuto dalla psicologa psicoterapeuta della Soc. Diversamente coop. Soc. a r.l., dott.ssa Sabrina Lezzi.

Autorizza il proprio figlio a partecipare, **su sua richiesta**, nei seguenti termini:
o autorizza il proprio figlio a partecipare allo sportello di ascolto durante l'anno scolastico o autorizza a un solo colloquio
o non autorizza

data _____

Firma _____
Firma _____

I sottoscritti _____ e _____, genitori dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola Secondaria _____, è informato della presenza nella scuola dello SPORTELLO DI ASCOLTO, tenuto dalla psicologa psicoterapeuta della Soc. Diversamente coop. Soc. a r.l., dott.ssa Sabrina Lezzi.

Autorizza il proprio figlio a partecipare, **su sua richiesta**, nei seguenti termini:
o autorizza il proprio figlio a partecipare allo sportello di ascolto durante l'anno scolastico o autorizza a un solo colloquio
o non autorizza

data _____

Firma _____
Firma _____

I sottoscritti _____ e _____, genitori dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola Secondaria _____, è informato della presenza nella scuola dello SPORTELLO DI ASCOLTO, tenuto dalla psicologa psicoterapeuta della Soc. Diversamente coop. Soc. a r.l., dott.ssa Sabrina Lezzi.

Autorizza il proprio figlio a partecipare, **su sua richiesta**, nei seguenti termini:
o autorizza il proprio figlio a partecipare allo sportello di ascolto durante l'anno scolastico o autorizza a un solo colloquio
o non autorizza

data _____

Firma _____
Firma _____
