



**ISTITUTO COMPRENSIVO "OTTONE ROSAI"**

Via dell'Arcovata, 4 – 50127 FIRENZE – Distretto n. 13

Tel. 055368903 Fax 055362415

C.F. 94202790484 - Cod. Mecc.

FIIC85600R e-mail:

[fiic85600r@istruzione.it](mailto:fiic85600r@istruzione.it)

Circolare N.83

Firenze 07 dicembre 2022

Ai genitori dell'IC Rosai  
Agli studenti dell'IC Rosai  
Ai docenti dell'IC Rosai  
Alla DSGA dell'IC Rosai  
Al personale ATA dell'IC Rosai  
Al sito web  
Bacheca RE

**Oggetto: Attivazione "Centro di Ascolto" nell'Istituto Comprensivo Rosai**

Si comunica che anche per l'anno scolastico 2022-2023, a partire dal 19/12/2022 fino al 09/06/2023, sarà possibile fruire del servizio "Centro di Ascolto" nella scuola, curato dalla Dott.ssa Barbara Calcinai

Il Centro di Ascolto è un servizio di consulenza presente nel nostro Istituto da alcuni anni. Obiettivo di questa proposta è quello di costruire un punto di riferimento all'interno della scuola in grado di accompagnare la gestione delle relazioni, sia individuali che di gruppo.

Il Centro di Ascolto rappresenta una delle azioni promosse dalla scuola per meglio accogliere e orientare la formazione dei nostri studenti, cittadini di una società globale e complessa dove il benessere soggettivo e sociale è di più difficile conquista.

Il servizio è gratuito ed è rivolto a tutti gli studenti, a tutto il personale e ai genitori della scuola dell'Infanzia, della scuola Primaria e della scuola Secondaria di primo grado del nostro Istituto, con diverse modalità a seconda del tipo di utenza.

Docenti e genitori potranno chiedere un appuntamento via mail scrivendo a [bcalcinai78@gmail.com](mailto:bcalcinai78@gmail.com) e lasciando nome, cognome, ruolo (es: docente scuola infanzia / primaria / secondaria – genitore di - nome e cognome dell'alunno - scuola infanzia / primaria / secondaria) e numero di telefono. La dottoressa, rispondendo all'email, provvederà a comunicare data e ora dell'incontro.

**Per attività con le classi, i docenti/coordinatori di classe che ne ravvisino la necessità sono invitati a contattare la Dottoressa via mail prevedendo un incontro di preparazione dell'attività.**

**Per gli alunni della scuola secondaria c'è la possibilità di accedere autonomamente al servizio in presenza, in orario scolastico.**

Per l'accesso autonomo degli alunni della scuola secondaria è necessario che il genitore abbia compilato e fatto consegnare dall'alunno al coordinatore di classe il modulo in allegato. **Il coordinatore di classe provvederà poi a consegnare i moduli all'ufficio alunni che a sua volta li consegnerà alla Dott.ssa Calcinai.** Successivamente gli alunni potranno prenotare gli incontri inviando una mail a [bcalcinai78@gmail.com](mailto:bcalcinai78@gmail.com). La dott.ssa Calcinai provvederà ad avvertire gli alunni dell'appuntamento al giorno e ora fissati.

**Gli incontri si svolgeranno in presenza nel rispetto del Protocollo Anticontagio Covid-19 presso la sede principale dell'istituto tutti i lunedì dalle ore 10.30 alle ore 12.30 previo appuntamento già fissato.**

Si invitano i coordinatori di classe a promuovere presso gli alunni e i genitori l'attività del Centro di Ascolto.

La Dirigente Scolastica

Rita Trocino

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. N. 39/1993



**ISTITUTO COMPRENSIVO "OTTONE ROSAI"**

Via dell'Arcovata, 4 – 50127 FIRENZE – Distretto n. 13

Tel. 055368903 Fax 055362415

C.F. 94202790484 - Cod. Mecc. FIIC85600R

e-mail: [fiic85600r@istruzione.it](mailto:fiic85600r@istruzione.it)

**PER GLI ALUNNI DELLA SCUOLA SECONDARIA**

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER LE ATTIVITA' DI SUPPORTO PSICOLOGICO  
A MINORENNI TRAMITE SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO**

I sottoscritti genitori del/la minore \_\_\_\_\_

Nato / a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dell'Istituto Comprensivo Rosai,  
Scuola Secondaria di I grado

**DICHIARANO**

Di aver preso conoscenza del Progetto “ Centro di Ascolto “ gestito dalla Dott.ssa Barbara Calcinai, (presente all'interno del Piano dell'Offerta Formativa dell'Istituto) e della finalità che questa funzione intende perseguire ai fini del benessere e del successo formativo degli studenti.

**AUTORIZZANO**

Il /la proprio/a figlio/a ad usufruire, **qualora ne sentisse la necessità**, di questo servizio.

☐

**SI**

☐

**NO**

DATA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Genitore 1 \_\_\_\_\_

Genitore 2 \_\_\_\_\_

Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria/potestà/affidatari/tutori

(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà/affidatario/tutore)