

Cari genitori e insegnanti,  
a partire dal mese di novembre 2021 verrà attivato, presso l'ICS "D. Alighieri", un servizio gratuito di "Sportello di consulenza psicologica Covid-19", rivolto agli studenti, ai genitori e al personale di tutto l'Istituto.

Lo "Sportello" vuole essere un'occasione e uno spazio per offrire interventi personalizzati volti alla prevenzione del disagio e alla promozione del benessere scolastico e psicologico. Si tratta di uno spazio d'incontro pensato per ragazzi e adulti che si trovano ad affrontare i normali problemi che caratterizzano la loro fase di vita, oltre che quelli dovuti alla pandemia da Covid-19.

Lo "Sportello d'Ascolto" sarà aperto per gli studenti della primaria due mercoledì al mese dalle 9.30 alle 13.30 presso le 3 sedi della primaria. Gli studenti potranno rivolgersi allo psicologo, specializzato nell'attività con preadolescenti e adolescenti, per parlare delle loro esperienze quotidiane e raccontare liberamente le proprie emozioni, per elaborare le difficoltà legate al mondo della scuola e per trovare un sostegno nel superamento di momenti critici.

Gli alunni e le alunne, autorizzati da **entrambi** i genitori, potranno accedere allo sportello in autonomia con le opportune norme di riservatezza.

Pertanto, al fine di consentire l'accesso a tale servizio chiediamo gentilmente a voi genitori la compilazione del modulo che trovate a fianco e la riconsegna all'insegnante di riferimento della classe.

La presente dichiarazione è valida per tutto l'anno scolastico.

Studenti, genitori e personale potranno accedere su prenotazione, anche in modalità remota, scrivendo un messaggio WhatsApp al 3393593772 o alla mail [luca.pasquarelli@icopera.edu.it](mailto:luca.pasquarelli@icopera.edu.it).

A disposizione per qualsiasi dubbio,

Dott. Luca Pasquarelli, psicologo/psicoterapeuta  
[luca.pasquarelli@icopera.edu.it](mailto:luca.pasquarelli@icopera.edu.it)  
339 3593772

## AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO ALLO "SPORTELLLO DI CONSULENZA PSICOLOGICA COVID-19"

I sottoscritti: (nome e cognome genitori)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

esercitanti la potestà genitoriale sull'alunno/a :  
(nome e cognome)

\_\_\_\_\_

classe e sez. \_\_\_\_\_

AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi, qualora ne senta la necessità, allo "Sportello d'Ascolto", secondo le modalità indicate.

Data \_\_\_\_\_

In caso uno dei genitori sia impossibilitato a firmare l'autorizzazione, l'altro genitore con la sua firma dichiara di averlo informato e di aver ricevuto l'assenso all'autorizzazione, ai sensi art. 155 e 317 C.C., L 54/06

FIRMA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_