

CIRCOLARE n.91	Crema, 20.11.2024
<u>Modalità di pubblicazione:</u> - Albo Comunicazioni del sito WEB - Albo cartaceo	<u>Destinatari:</u> - A tutti gli studenti e famiglie - A tutti i docenti

SPAZIO ASCOLTO - SPORTELLO COUNSELING: attivazione dei servizi

Si comunica che a partire da

GIOVEDÌ 21 NOVEMBRE 2024

riprenderanno i servizi di "**spazio ascolto**" e "**sportello counseling**".

* * *

Il servizio **Spazio ascolto** promuove il successo formativo degli studenti che mostrano difficoltà, motivandoli nel percorso intrapreso o suggerendo percorsi formativi più confacenti al proprio progetto di vita. Il servizio prevede uno o più colloqui con un docente incaricato e/o con le psicologhe incaricate dall'Istituto. A conclusione del colloquio vengono redatte relazioni sintetiche, che saranno condivise, in forma riservata, esclusivamente con il coordinatore di classe.

Il docente referente è il prof. Marco Spagnolo, che curerà l'organizzazione degli interventi e la restituzione dei risultati ai Consigli di Classe.

Le modalità operative sono state chiarite da un'e-mail inviata dal docente referente ai coordinatori di classe. La fase di autorizzazione al servizio verrà gestita dal Coordinatore di classe.

* * *

Il servizio **Sportello counseling** sarà gestito dalle dottoresse Chiara Maccalli, Silvia Orsini, Elena Pezzotti, Paola Vailati esperte in counseling psicologico e servizi di orientamento. Potranno fare richiesta di un incontro e successivamente accedere allo sportello tutti gli alunni dell'istituto, ma anche docenti e genitori eventualmente interessati.

Modalità di accesso: gli interessati potranno inviare un'e-mail a

sportello.ascolto@galileo.galileicrema.it

oppure fare richiesta attraverso il proprio Coordinatore di classe.

All'e-mail di richiesta di accesso al servizio Sportello Counseling dovrà essere allegata l'autorizzazione **firmata da entrambi i genitori** (si veda il modulo allegato).

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Paola Orini

Servizio Sportello Counseling Autorizzazione dei genitori

I sottoscritti _____

genitori/tutori dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____

dell'IIS Galileo Galilei di Crema

sono informati che:

- il servizio prevede uno o più colloqui con una delle psicologhe d'Istituto;
- la prestazione che verrà offerta è una consulenza psicologica finalizzata alla valutazione e all'intervento per potenziare il benessere psicologico

e

☐ AUTORIZZANO ☐ NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire del servizio *Sportello counseling*.

Crema, _____

Firma dei genitori/tutori

