



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "ILARIA ALPI"

Via Varsavia, 5 – 00055 LADISPOLI (RM) Tel. 06 99231699 – C.F. 91038490586
Codice Meccanografico RMIC8CJ00G - RMIC8CJ00G@ISTRUZIONE.IT - RMIC8CJ00G@PEC.ISTRUZIONE.IT

Istituto Comprensivo Statale
"ILARIA ALPI"-LADISPOLI
Prot. 0019705 del 11/11/2025
I (Uscita)

A tutto il personale
Agli alunni
Alle famiglie
Atti

CIRCOLARE N.103

Oggetto: Ampliamento dell'Offerta Formativa: potenziamento dello "Sportello d'Ascolto Psicologico".

Si comunica che, grazie all'impiego di **fondi finanziari propri** dell'Istituto, questa Dirigenza ha disposto un potenziamento del servizio di **Sportello d'Ascolto Psicologico** già attivo presso la nostra Scuola nella giornata di giovedì.

Riconoscendo il valore fondamentale del supporto psicologico nel percorso di crescita e benessere dei nostri studenti, l'ampliamento dell'offerta mira a garantire una maggiore disponibilità e accessibilità al servizio.

Con l'obiettivo di offrire uno spazio di ascolto neutrale e protetto per studenti, famiglie, docenti e personale, al fine di affrontare disagi emotivi, relazionali o difficoltà legate al percorso scolastico la dott.ssa Veronica Zona, sarà presente allo sportello anche il martedì dalle ore 11:00 alle ore 13:00.

L'accesso allo Sportello è *volontario e gratuito*; gli interessati possono utilizzare il modulo di adesione allegato alla presente per la richiesta di incontro.

Si precisa che per l'accesso allo sportello dei minori è necessaria la compilazione dell'autorizzazione allegata, firmata da entrambi i genitori o degli esercenti la potestà genitoriale e inviata all'indirizzo di posta elettronica rmic8cj00g@istruzione.it

Distinti saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Maria Bevilacqua

FIRMA AUTOGRAFA SOSTITUITA A MEZZO STAMPA
AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 3 c. 2 D.Lgs. n. 39/1993

AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti _____
Padre _____ Madre _____

genitori/tutori dell'alunna/o _____ classe _____ sez. _____

autorizzano la/il propria/o figlia/o ad accedere allo Sportello d'ascolto in orario scolastico.

Ladispoli, _____

Firma dei genitori/tutori

