



ISTITUTO COMPRENSIVO
di SCUOLA dell'INFANZIA, PRIMARIA e
SECONDARIA di I GRADO

Via Roma - 98061 BROLO (ME)

C. F. 94007200838 C.M. MEIC83900A Fax 0941/562689, Tel. 0941/561503

e-mail: MEIC83900A@istruzione.it - sito web: www.istitutocomprensivobrolo.it

e-mail certificata: MEIC83900A@PEC.ISTRUZIONE.IT



Circolare n. 64

Brolo, 11-03-2014

Agli alunni, ai docenti, ai genitori
della scuola secondaria di 1° grado di
S. Angelo di Brolo

OGGETTO: Progetto di "Educazione alla SALUTE e alla PROSOCIALITA"

Servizio di psicologia scolastica – CENTRO di ASCOLTO

Si comunica che nell'ambito delle attività di educazione alla salute e alla prosocialità, è stato attivato (anche per la Scuola Secondaria di S. Angelo di Brolo) il CENTRO DI ASCOLTO, un servizio gratuito di psicologia scolastica che si propone di:

- migliorare la qualità della vita scolastica;
- fornire un supporto specifico e specialistico a tutti gli attori della scuola (docenti, allievi, genitori);
- facilitare il dialogo, l'informazione, la consulenza psicologica, dando spazio alla dimensione affettiva della personalità;
- promuovere negli studenti la motivazione allo studio e la fiducia in sé stessi;
- prevenire comportamenti a rischio.

Il colloquio psicologico nel contesto scolastico non ha fini terapeutici ma di counseling, offre cioè una breve consultazione psicologica finalizzata a sostenere e migliorare lo sviluppo psicofisico degli alunni in età adolescenziale.

Il servizio si svolgerà a partire da lunedì 17 marzo, con le psicologhe Chiara Collovà e Tindara Pintaudi che saranno presenti alternativamente, con cadenza quindicinale, secondo il seguente CALENDARIO

GIORNO Lunedì	ORARIO	PSICOLOGA	CLASSI	SEDE
17 marzo	9.00 - 12.00	Chiara Collovà	I - II - III	S.Secondaria I g. S.Angelo di Brolo
31 marzo	9.00 - 12.00	Tindara Pintaudi	I - II - III	
14 aprile	9.00 - 12.00	Chiara Collovà	I - II - III	
28 aprile	9.00 - 12.00	Tindara Pintaudi	I - II - III	
12 maggio	9.00 - 12.00	Chiara Collovà	I - II - III	
26 maggio	9.00 - 12.00	Tindara Pintaudi	I - II - III	

I minori per accedere al servizio dovranno essere autorizzati per iscritto dai genitori o dall'esercente la patria potestà. Per prenotare l'incontro occorrerà rivolgersi o telefonare alle prof.sse Mariella Ziino o *Carmela Giuffrè* o alle psicologhe :

prof.ssa M. Ziino 3283886925

prof.ssa C. Giuffrè 3665007316

dott.ssa C. Collovà 3277430430

dott.ssa T. Pintaudi 3288768843

Sarà garantita la privacy

Referente Progetto
"Salute e Prosocialità"

Prof.ssa *Carmela Giuffrè*

Il Dirigente scolastico

Prof.ssa *Maria Ricciardello*

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo di Brolo
AUTORIZZAZIONE per l'accesso al SERVIZIO di PSICOLOGIA
Progetto "Salute e Prosocialità"

___l___ sottoscritt___ _____ genitore/affidatario
Dell'alunn___ _____ nato a _____ Il _____,
frequentante la classe_____ sez._____ del_____ AUTORIZZA
___propri___/___ figli___ ad usufruire di EVENTUALI incontri con le psicologhe del centro di Ascolto
Data _____ Firma _____

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo di Brolo
AUTORIZZAZIONE per l'accesso al SERVIZIO di PSICOLOGIA
Progetto "Salute e Prosocialità"

___l___ sottoscritt___ _____ genitore/affidatario
Dell'alunn___ _____ nato a _____ Il _____,
frequentante la classe_____ sez._____ del_____ AUTORIZZA
___propri___/___ figli___ ad usufruire di EVENTUALI incontri con le psicologhe del centro di Ascolto
Data _____ Firma _____

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo di Brolo
AUTORIZZAZIONE per l'accesso al SERVIZIO di PSICOLOGIA
Progetto "Salute e Prosocialità"

___l___ sottoscritt___ _____ genitore/affidatario
Dell'alunn___ _____ nato a _____ Il _____,
frequentante la classe_____ sez._____ del_____ AUTORIZZA
___propri___/___ figli___ ad usufruire di EVENTUALI incontri con le psicologhe del centro di Ascolto
Data _____ Firma _____

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo di Brolo
AUTORIZZAZIONE per l'accesso al SERVIZIO di PSICOLOGIA
Progetto "Salute e Prosocialità"

___l___ sottoscritt___ _____ genitore/affidatario
Dell'alunn___ _____ nato a _____ Il _____,
frequentante la classe_____ sez._____ del_____ AUTORIZZA
___propri___/___ figli___ ad usufruire di EVENTUALI incontri con le psicologhe del centro di Ascolto
Data _____ Firma _____