



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
I.C. "PIAZZA FILATTIERA 84"

Piazza Filattiera, 84 - 00139 ROMA - Tel. 06/8102978

C.M. RMIC8EG00Q – C.F. 97713420582

e-mail: rmic8eg00q@istruzione.it pec: rmic8eg00q@pec.istruzione.it

**CONSENSO INFORMATO PER
SPORTELLO PSICOLOGICO**
**intervento "Laboratori Integrati di Supporto al disagio scolastico e lotta alla dispersione
scolastica" - .L 285/97, anno scolastico 2025/2026**

Roma, 06.10.2025

Gentili Genitori,

nel corso del corrente anno scolastico, l'Istituzione scolastica ha aderito all'attivazione dell'intervento "Laboratori Integrati di Supporto al disagio scolastico e lotta alla dispersione scolastica" - .L 285/97,

L'intervento ha come destinatari tutti gli alunni che frequentano le scuole del Municipio Roma III Montesacro, con particolare attenzione a quelli stranieri e con disabilità, preadolescenti e adolescenti segnalati dalle istituzioni scolastiche del territorio:

L'intervento ha le finalità principali di:

- prevenire il fenomeno dell'evasione e dell'abbandono scolastico;
- attivare spazi di ascolto e confronto;
- elaborare percorsi volti a rinforzare l'autostima, la fiducia negli altri e a sviluppare e consolidare le relazioni tra pari;
- costruire percorsi individualizzati di accompagnamento per minori appartenenti a famiglie multiproblematiche offrendo sostegno educativo e didattico;
- attuare attività di sostegno allo studio, mirate agli alunni rimasti indietro nell'apprendimento e interventi specifici dedicati agli alunni che devono affrontare l'esame di Stato;

L'intervento prevede le seguenti azioni:

attivazione di uno sportello psicologico gestito da uno psicologo qualificato;

attività di sostegno allo studio;

attività ricreative strumentali alla lotta della dispersione scolastica.

DURATA: dal 15.09.2025 al 05.06.2026. Le attività saranno sospese dal 22.12.2025 al 11.01.2026 e dal 30.03.2026 al 12.04.2026.

ENTE ATTUATORE: ROMA CAPITALE- MUNICIPIO ROMAIII MONTESACRO;

ENTE GESTORE: IDEA PRISMA 82 COOPERATIVA SOCIALE DESTINATARI:

- gli alunni frequentanti gli Istituti Comprensivi che hanno aderito all'iniziativa, con particolare attenzione a quelli stranieri e disabili, preadolescenti e adolescenti:

-gli insegnanti e i genitori.

OBIETTIVI: prevenire l'evasione e l'abbandono scolastico, offrire spazi di ascolto, costruire percorsi di accompagnamento per minori appartenenti a famiglie multiproblematiche offrendo sostegno educativo e didattico;

Nell'ambito delle succitate attività, sarà attivato dunque uno sportello di ascolto psicologico, all'interno di ciascun Istituto Comprensivo, che dovrà essere attivo durante l'orario scolastico. Il servizio sarà rivolto a studenti, docenti e, al bisogno, potrà essere dedicato anche alle famiglie dei minori frequentanti le scuole.

Si invitano le persone interessate a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

MINORENNI - MADRE

La Sig.ra nata a..... madre del/la
minorenne..... nato/a a il___/___/___ e
residente in via/piazza n.....
città.....

dichiara di aver compreso quanto più sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali di consulenza psicologica presso lo Sportello di Ascolto dell'I.C. "Piazza Filattiera 84"

Luogo e data

Firma della madre

MINORENNI - PADRE

Il Sig. nato a..... padre
del/la minorenne..... nato/a a..... il___/___/___
e residente in via/piazza n.....
città.....

dichiara di aver compreso quanto più sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali di consulenza psicologica presso lo Sportello di Ascolto dell' I.C. "Piazza Filattiera 84"

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

L a S i g . r a / I l S i g n a t a / o
..... nata / o
a il ____ / ____ / _____ Tutore del
minorenne in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)
residente a in via/piazza n.

dichiara di aver compreso quanto più sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dallo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, CONSAPEVOLE DELLE
CONSEGUENZE AMMINISTRATIVE E PENALI PER CHI RILASCI DICHIARAZIONI NON
CORRISPONDENTI A VERITA', AI SENSI DEL DPR 245/2000, DICHIARA DI AVER EFFETTUATO
LA SCELTA/RICHIESTA IN OSSERVANZA DELLE DISPOSIZIONI SULLA RESPONSABILITA'
GENITORIALE DI CUI AGLI ARTT. 316, 337 TER E 337 QUATER DEL CODICE CIVILE CHE
RICHIEDONO IL CONSENSO DI ENTRAMBI I GENITORI.

IN FEDE