



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "A. VOLTA" - LATINA**  
**Via Botticelli, 33 ☎ 0773 693372**  
**[Itic84500a@istruzione.it](mailto:Itic84500a@istruzione.it)**  
**[Itic84500a@pec.istruzione.it](mailto:Itic84500a@pec.istruzione.it)**  
**sito web: [www.icvoltaatina.edu.it](http://www.icvoltaatina.edu.it)**

Com.n. 70

Latina, 02 Dicembre 2020

Alle Famiglie degli alunni della scuola dell'I.C. A. Volta

Oggetto: Supporto psicologico

Si comunica ai genitori e agli studenti dell'I.C. Volta, che il Miur ha stilato un protocollo d'intesa con il CNOP (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi) per un supporto psicologico nelle istituzioni scolastiche. Il Protocollo ha l'obiettivo di fornire supporto psicologico a studenti e docenti per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19 e per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico e promuovere il benessere a scuola.

Il servizio verrà gestito dalla dott.ssa Paola Toffanin psicologa incaricata dalla scuola che sarà a disposizione per lo sportello psicologico tutti i giovedì dalle ore 8.00 alle ore 10.00 per la scuola secondaria di primo grado (plesso via Botticelli) e dalle ore 10.15 alle ore 12.15 per la scuola dell'infanzia e primaria (plesso P.zza Dante).

Lo sportello di ascolto psicologico sarà attivo da giovedì 10 dicembre 2020.

Chiediamo quindi ai genitori di compilare questa scheda di autorizzazione e di riconsegnarla alla coordinatrice di classe per permettere a Vostro/a figlio/a di accedere a questo servizio, qualora lo desiderasse. La dott.ssa Toffanin e gli insegnanti referenti rimangono a Vostra disposizione per ogni ulteriore informazione o richiesta di chiarimento.

Il Dirigente Scolastico  
Gennaro Guarino

Firma autografa omessa ai sensi dell'articolo 3 d.lgs. 39/1993

I genitori \_\_\_\_\_

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ del  
plesso di \_\_\_\_\_

AUTORIZZO /NON AUTORIZZO

mio figlio ad usufruire, qualora lo desideri, dello "Sportello di supporto psicologico"

Latina, \_\_\_\_

Firma genitori \_\_\_\_\_