



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Istituto Comprensivo "Karol Wojtyła"

Via Concesio n. 2 - 00188 Roma - Cod.Fisc.: 97197700582

☎ 06/33610055 fax 06/33613520

✉ rmic8AG009@istruzione.it - ✉ rmic8AG009@pec.istruzione.it

Ai genitori della Scuola Secondaria di I Grado

Circolare n.79

OGGETTO: Progetto Nazionale " Move Run Walk Against Bullying" e Sportello di ascolto

Il progetto proposto dal Collegio docenti e deliberato dal Consiglio di Istituto per l'a.s. 2024/2025 rivolto a tutte le classi, ha preso avvio con il seminario introduttivo svolto il 28 ottobre con gli allievi di tutte le classi e i genitori.

Il Progetto prevede:

- incontri con i vari esperti partner del progetto che interagiranno con gli alunni, in ciascuna delle loro classi in compresenza con i vari docenti curricolari;
- promozione dell'apprendimento delle discipline motorie nelle loro diverse espressioni attraverso modalità che coinvolgano l'intera comunità scolastica, stimolando l'attività di gruppo per favorire il confronto positivo tra pari;
- **Eventi sportivi e spettacoli per sensibilizzare e coinvolgere gli studenti;**
- **prevenzione e contrasto al Bullismo e Cyberbullismo;**
- **Apertura Sportello d' Ascolto per minori e adulti dell'Associazione GS Flames Gold**

Le attività suesposte saranno sviluppate con la collaborazione gratuita di GS Flames Gold, in regime curriculare e attività di supporto (Laboratori vari), attività di promozione e pratica sportiva con l'ausilio di Istruttori qualificati provenienti da Associazioni Sportive, Federazioni sportive e/o da Enti di Promozione sportiva.

Inoltre saranno organizzati eventi sportivi finalizzati all'aggregazione ed inclusione sociale sulla tematica in oggetto indicata.

Chi è interessato allo sportello d'ascolto, incontro singolo, può compilare il modulo allegato e consegnarlo alla prof.ssa Dastoli.

Roma, 18 novembre 2024

LA REFERENTE DEL PROGETTO

(Prof.ssa  Dastoli)

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenne.....

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.SSA.FEDERICA GIAMPA'.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenne.....

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.SSA.FEDERICA GIAMPA'.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....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 illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.SSA.FEDERICA GIAMPA'.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore