Sede legale: Via Tunisi 45 - 72027 San Pietro Vernotico (Br)

Cod. Fisc. - Part. Iva 02412590743 C.C.I.A.A. di Brindisi 144669

Pec- ilsognocoop@sicurezzapostale.it- mail- ilsognocoop@libero.it

SanPietroVernotico13.10.2026

AllaCorteseattenzioneDirigenteScolastico
Prof.ssaPaolaVITALE
ReferenteP.I.P.P.I.
Prof.ssaAldaVitaPERRONE
IstitutoComprensivo "DonMilani"_SanPancrazioSalentino
bric82400a@pec.istruzione.it

Oggetto:Avvio delle attività in classe_Progetto "Scuola in rete con P.I.P.P.I."A.S.2026/2027

Si comunica che nell'ambito del progetto**"Scuola in rete con P.I.P.P.I."**, volto a promuovere il benessere emotivo,l'inclusione e le relazioni positive all'interno del gruppo classe, prenderanno il via gli interventi diretti con gli alunni.

Al momento, le attività si concentreranno esclusivamente sugli**incontri all'interno delle classi**condotti dall'équipe di professionisti del progetto (psicologa e operatori Pippi).

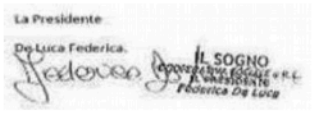
Di seguito il calendario dettagliatodeiprimi appuntamenti programmatiperil**PlessoDonMilani**:

- **Classe2^B(Primaria)**
  - **Incontro1: Mercoledì 21/10/2026 dalle** ore **8:00 alle 11:00**
  - **Incontro2: Mercoledì 04/11/2026 dalle** ore **8:00 alle 11:00**
- **Classe4^A(Primaria)**
  - **Incontro1: Giovedì 29/10/2026 dalle** ore **8:00 alle 11:00**
  - **Incontro2: Giovedì 05/11/2026 dalle** ore **8:00 alle 11:00**

Leattività avranno una durata di 3ore per ciascuna sessione e si svolgeranno in orario scolasticoordinario.

Si ricorda ai genitori delle classi interessate che per consentire la partecipazione dei bambini è necessario**compilare e firmare la liberatoria allegata**e riconsegnarla ai docenti di classe.

Si ringraziano le famiglie e i docenti per la consueta collaborazione.



PROGRAMMA P.I.P.P.I. (Anno Scolastico 2026/2027)

Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO ASCOLTO MINORI E GENITORI E ATTIVITA' LABORATORIALI NELLE CLASSI

DATI ANAGRAFICI (A cura dei genitori o legali rappresentanti)

Cognome e Nome Padre / Tutore: _____

Cognome e Nome Madre / Tutrice: _____

Nome e Cognome del Minore: _____

Nato/a a: _____ il: ____/____/_____

Frequentante la Scuola / Istituto: _____ Sezione / Classe: _____

PRESO ATTO CHE

- Nell'ambito del Programma P.I.P.P.I. è attivo lo Sportello Ascolto Minori e Genitori, un servizio gratuito di consulenza psicopedagogica, orientamento e supporto relazionale gestito in coppia fissa da operatori specialistici.
- Il servizio è finalizzato alla promozione del benessere emotivo, alla prevenzione del disagio d'aula e al rafforzamento della rete educativa territoriale.
- I colloqui si svolgono in un ambiente protetto e riservato. Gli operatori sono strettamente tenuti al segreto professionale e al rispetto del codice deontologico.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

I sottoscritti genitori / esercenti la responsabilità genitoriale sull'alunno/a sopra indicato/a:

[ ] ACCONSENTONO **[ ] NON ACCONSENTONO**

affinché il/la proprio/a figlio/a possa accedere, su richiesta propria, della famiglia o del team docenti, ai colloqui dello Sportello Ascolto Minori e Genitori e partecipi alle attività laboratoriali previste in aula. Il presente consenso è valido per l'intero anno scolastico 2026/2027 e può essere revocato per iscritto in qualsiasi momento.

INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI (GDPR UE 2016/679)

I dati personali e sensibili raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità legate all'esecuzione del progetto P.I.P.P.I. e nel pieno rispetto delle normative vigenti sulla privacy. Nessuna informazione sarà oggetto di diffusione a terzi al di fuori dell'équipe multidisciplinare integrata incaricata della tutela del minore.

Data: _____/____/

Firma del Padre / Tutore: Firma della Madre / Tutrice:

Nota: In caso di firma di un solo genitore, si intende che la scelta sia stata preliminarmente condivisa e approvata anche dall'altro esercente la responsabilità genitoriale.