|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Ministero dell’Istruzione e del Merito******Istituto Comprensivo “Primo Levi”***Via Palaverta, 69 – 00047 MARINO – Loc. Frattocchie (RM)Tel./Fax 0693540044 - C. F. 90049500581 – C.U: UF5D2GRMIC8A7009 *–* Distretto 40 – Ambito XVEmail: rmic8a7009@istruzione.it -rmic8a7009@pec.istruzione.itSito web: <https://comprensivoprimolevi.edu.it> |  |

AUTORIZZAZIONE AL PERCORSO DI EDUCAZIONE AFFETTIVA E SESSUALE IC PRIMO LEVI

Si comunica l’avvio del percorso in oggetto. Di seguito il dettaglio delle informazioni ad esso relativo che sarà illustrato anche nell’incontro previsto con gli psicologi il 14/05/2024 alle ore 15:00.

INTERVENTO A FAVORE DI:

cl TERZE Scuola Secondaria di I°

STRUTTURA DEL PERCORSO

 1 incontro dedicato ai genitori per illustrare il percorso – 14 MAGGIO 2024 dalle 15 alle 18 PRESSO L’AULA MAGNA (PLESSO P. LEVI)

**1 incontro della durata di 2 ore rivolto agli alunni della classe terza 22-23-27 maggio 2024.**

L’incontro sarà condotto dallo psicologo-sessuologo dott. Simone Tetti e mediato dalla psicologa dott.ssa Bruffa Virginia.

A ciascuna famiglia verrà richiesta autorizzazione scritta alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a all’incontro.

o *Obiettivi*

A. Aumento delle conoscenze sui vari aspetti della sessualità;

B. Chiarimento ed espressione delle proprie opinioni e dei propri valori in campo sessuale;

C. Accettazione e rispetto per le opinioni e per le scelte diverse dalle proprie;

D. Aumento di una consapevolezza maggiore rispetto ai contraccettivi efficaci;

E. Consapevolezza ed aumento dei comportamenti preventivi

Metodologia

- presentazione di contenuti proposti attraverso slide

- trattazione di argomentazioni richieste dai ragazzi tramite domande dirette o scritte

- brainstorming, Circle time, role playing

Modulo di autorizzazione

QUESTO modulo di autorizzazione può essere consegnato entro il 14/05/2024

I sottoscritti

(nome e cognome dei genitori)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizzano alla partecipazione al percorso di educazione affettiva e sessuale il/la proprio/a figlio/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo, Data e Firma di entrambi i genitori

Nel caso in cui i genitori non acconsentissero alla partecipazione al percorso, il/la ragazzo/a potrà essere accolto in un’altra classe della scuola.