



Circolare N.87

Serrastretta 17-03-2021

Ai Docenti interessati

Al genitori interessati

Agli alunni interessati

Alla DSGA

Sito WEB

Oggetto: Nota informativa attivazione sportello di ascolto A.S. 2020-2021

Nota informativa

Si comunica che per il corrente anno scolastico l'Istituzione Scolastica ha attivato il servizio di Sportello di Ascolto Psicologico.

Lo Sportello di Ascolto sarà gestito dalla dott.ssa Aida Rizzo (psicologa e psicoterapeuta iscritta all'albo professionale degli Psicologi della Calabria con numero di iscrizione 1166), che sarà a disposizione degli studenti, dei genitori, degli insegnanti e del Personale ATA che desiderano un confronto con un professionista esperto.

Lo Sportello di Ascolto sarà collocato all'interno della scuola e si potrà accedere previo appuntamento. I genitori potranno richiedere un appuntamento inviando un'email all'indirizzo dott.aidarizzo@gmail.com; gli alunni potranno prenotarsi inoltrando la richiesta tramite il coordinatore della classe o tramite il genitore.

Ai sensi degli artt. 24 e 31 del Codice Deontologico degli Psicologi, gli alunni di minore età potranno ricorrere al servizio di Sportello di Ascolto esclusivamente dietro autorizzazione dei loro genitori; a tal proposito si allega il modulo "Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico" che dovrà essere firmato da **entrambi i genitori** o da chi ne esercita la tutela e riconsegnato alla scuola. Il consenso informato ha validità per tutta la durata del progetto; la liberatoria potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta comune o e-mail all'Istituto.

Ottenuta l'autorizzazione, la psicologa e la scuola non hanno l'obbligo di informare i genitori di un eventuale accesso del minore allo Sportello di Ascolto.

Si pone in evidenza che, all'interno dello Sportello di Ascolto lo psicologo non intraprenderà alcun percorso di psicoterapia, ma condurrà un numero limitato di colloqui (max. 2) con l'obiettivo di supportare nel disagio e di orientare alla risoluzione del problema. Qualora dovessero emergere situazioni per le quali si dovesse ritenere opportuno un intervento più strutturato e specifico sarà cura della professionista coinvolgere i genitori e/o la scuola.

Si informa che, il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.psicologialabdia.it. I colloqui saranno condotti nel pieno rispetto della riservatezza e del segreto professionale.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista
Dott.ssa Aida Rizzo

Aida Rizzo

Il Dirigente Scolastico

Dott. Volpe Giuseppe

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ex art.3, c.2 D.Lgs n.39/93

Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico a.s. 2020/2021
(ai sensi dell'art. 24 e dell'art. 31 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani)

Il sig. e la sig.ra
genitori/affidatari/tutore dell'alunno/anato/a a
il..... frequentante la classe sezione dell'Istituto.....,
presa visione dell'informativa relativa all'attivazione dello Sportello d'Ascolto Psicologico

AUTORIZZANO

la partecipazione del minore alle attività di supporto psicologico rese dalla dott.ssa Aida Rizzo presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo

Data

In fede

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

(Il modulo deve essere firmato da entrambi i genitori)

Consenso informato per l'accesso di persona adulta allo Sportello di Ascolto Psicologico

a.s. 2020/2021

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

residente in

alla via n°

telefono

codice fiscale

dichiara di aver compreso quanto illustrato nella nota informativa e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Aida Rizzo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma