



Ministero dell' Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO PIAZZA DE CUPIS
Piazza Cesare De Cupis, 20 -00155 Roma
Tel. 062280672 Fax 0622773406
e-mail RMIC8E0001@ISTRUZIONE.IT- pec RMIC8E0001@PEC.ISTRUZIONE.IT
C.F.: 97713560585- C.U.: UFG3NS

Alle famiglie di scuola

A tutto il Personale

Al Sito

Circolare 118

Oggetto: Servizio di consulenza psicologica

Si comunica che da mercoledì 20 gennaio 2021 riprenderà il servizio di consulenza con la psicologa-psicoterapeuta Dott.ssa Chiara Antonini.

Il servizio è rivolto:

- agli alunni, per interventi di ascolto e di gestione di comportamenti problematici che evidenzino difficoltà di inserimento a scuola o rischio di abbandono/insuccesso, connessi soprattutto all'attuale emergenza da Covid-19;
- ai genitori, per interventi di ascolto e supporto al nucleo familiare, al fine di rafforzare le capacità di resilienza e le competenze sociali necessarie ad affrontare il disagio personale nel contesto scolastico, familiare e sociale;
- al personale scolastico, per interventi di ascolto e supporto, allo scopo di fronteggiare fenomeni di ansia e disagio causati dal contesto emergenziale e di fornire ulteriori strumenti per la gestione delle relazioni e della comunicazione interpersonale.

Nella Scuola Secondaria la dott.ssa Antonini passerà nelle classi a presentarsi agli alunni lunedì 18 gennaio e consegnerà l'informativa per le famiglie. Qualora i genitori intendessero autorizzare i

minori agli incontri con la dottoressa Antonini nel corso dell'anno scolastico, dovranno compilare l'informativa che gli alunni consegneranno alla psicologa mercoledì 20 gennaio. Si fa presente che, qualora autorizzati da entrambi i genitori ad accedere al servizio di consulenza, i minori potranno richiedere di essere ascoltati dalla dottoressa senza che la stessa ne informi i genitori.

Durante gli incontri in presenza, la psicologa e l'alunno/personale scolastico/genitore dovranno costantemente e correttamente indossare i dispositivi di protezione delle vie respiratorie, osservare il distanziamento di almeno 2 metri, igienizzare le mani prima di accedere al locale e subito dopo. Il locale dovrà essere costantemente areato ed igienizzato prima e dopo ciascun incontro.

Si allega il modello di consenso informato per i minori e per gli adulti.

Roma, 13 gennaio 2021

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Lucia De Michele
Firma sostituita a mezzo stampa art. 3, co. 2, D.lgs. 39/93

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI PRESSO IL SERVIZIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA

La sottoscritta dott.ssa Chiara Antonini, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 19759 prima di rendere le prestazioni professionali relative al Servizio di Consulenza psicologica istituito presso la Scuola fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso le sedi dell'Istituto Comprensivo Piazza De Cupis di Roma e/o in forma telematica (attraverso la piattaforma Microsoft Office 365 - Teams).

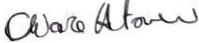
Le attività del Servizio di Consulenza psicologica saranno come di seguito organizzate:

- (a) tipologia d'intervento: Colloquio psicologico;
- (b) scopi: Fornire un supporto psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie;
- (c) durata delle attività: L'intervento prevede un massimo di n° 3 incontri della durata di 45 minuti.

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.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al Servizio di Consulenza psicologica, comunque coperti dal segreto professionale, 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 (firma) 

MINORENNI DATI E FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

La Sig.ra madre del minorenni.....

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 dal... dott..... presso il Servizio di Consulenza psicologica.

Luogo e data Firma della madre.....
Recapito telefonico.....

Il Sig. padre del minorenni.....

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 dal... dott..... presso il Servizio di Consulenza psicologica.

Luogo e data Firma del padre.....
Recapito telefonico.....

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Signata/o
a.....il___/___/___

Tutore del minorene.....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 dal... dott. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore.....

Recapito telefonico.....

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI PRESSO IL SERVIZIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA

La sottoscritta dott.ssa Chiara Antonini, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 19759 prima di rendere le prestazioni professionali relative al Servizio di Consulenza psicologica istituito presso la Scuola fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso le sedi dell'Istituto Comprensivo Piazza De Cupis di Roma e/o in forma telematica (attraverso la piattaforma Microsoft Office 365 - Teams).

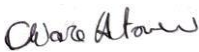
Le attività del Servizio di Consulenza psicologica saranno come di seguito organizzate:

- (a) tipologia d'intervento: Colloquio psicologico;
- (b) scopi: Fornire un supporto psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie;
- (c) durata delle attività: L'intervento prevede un massimo di n° 3 incontri della durata di 45 minuti.

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.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al Servizio di Consulenza psicologica, comunque coperti dal segreto professionale, 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 (firma) 

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La Sig.ra/Il Sigdichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott..... presso il Servizio di Consulenza psicologica. Recapito telefonico:.....

Luogo e data

Firma