



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 dell'IC Piazza De Cupis

A tutto il Personale

Alla Prof.ssa Leone (Scuola Secondaria)

Al Registro Elettronico

Al Sito

Circolare 128

Oggetto: attivazione Sportello di Ascolto

Si comunica che da mercoledì 15 dicembre 2021 sarà nuovamente attivato lo Sportello di Ascolto per gli alunni della Scuola Secondaria di I grado, per il personale scolastico e per tutte le famiglie dell'Istituto. Lo sportello di ascolto, gestito come lo scorso anno dalla psicologa-psicoterapeuta Dott.ssa Chiara Antonini, offre uno spazio di accoglienza e di orientamento, con l'intento di rispondere ai vari disagi e di favorire un clima di cooperazione scuola-famiglia.

Si rivolge:

- agli alunni, per interventi di ascolto e di gestione di comportamenti problematici che evidenzino difficoltà di inserimento a scuola o rischio di abbandono/insuccesso;
- 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 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 nell'ambito scolastico.

Per il personale e le famiglie l'incontro, tranne diversa esigenza, avverrà su teams dietro appuntamento da richiedersi all'indirizzo psicologaicpiazzadecupis@gmail.com.

Per gli alunni della Secondaria la dott.ssa Antonini passerà nelle classi a presentarsi agli alunni **martedì 14 dicembre** e consegnerà l'informativa per le famiglie.

Qualora i genitori intendessero autorizzare i minori agli incontri dello sportello nel corso dell'anno scolastico, dovranno compilare l'informativa che i minori consegneranno direttamente alla psicologa. 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 Antonini 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, 6 dicembre 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 DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa Chiara Antonini, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 19759, (psicologaicpiazadecupis@gmail.com) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso l'Istituto Comprensivo Piazza De Cupis di Roma (Scuola Secondaria di I Grado plesso "Salvo d'Acquisto") e/o in forma telematica (attraverso la piattaforma Microsoft Office 365 - Teams);

Le attività dello Sportello di Ascolto 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 allo Sportello di Ascolto, 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 Sig. dichiara 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 lo Sportello di Ascolto.

Recapito telefonico.....

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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 lo Sportello di Ascolto.

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

Il Sig.padre del minorenn.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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 lo Sportello di Ascolto.

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

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___

Tutore del minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)

.....
residente a
in via/piazzan.....

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.....