



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 della Scuola Secondaria
Ai docenti della Scuola secondaria
Al Sito

Circolare 197

Oggetto: Progetto 'A me gli occhi, please. Dove c'è forza non c'è violenza, dove c'è violenza c'è sofferenza"- Attivazione secondo modulo.

È attivo il **secondo modulo**, gestito dal team dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza, dal titolo **"PARLIAMO SENZA PAURA: Sportello di Ascolto sul Bullismo e Bullismo digitale"**.

L'obiettivo è di creare non solo uno spazio di ascolto, ma di un rinforzo, un aiuto concreto e pratico a chi non sa come intervenire o a chi si è trovato incastrato in dinamiche dalle quali non sa come uscire.

Lo Sportello sarà attivo il martedì dalle ore 8.00 alle ore 13.00 a cadenza quindicinale. Il servizio è rivolto a tutti gli studenti della Scuola Secondaria di I grado "Salvo D'Acquisto" e ai docenti e personale dello stesso Istituto. Sarà possibile prenotare un appuntamento tramite la mail sportellobullismo.decupis@gmail.com, scaricando e firmando il consenso informato presente sul sito della scuola e in allegato.

Roma, 8 marzo 2022

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Lucia De Michele

Firma sostituita a mezzo stampa art. 3, co. 2, D.lgs.

A ME GLI OCCHI, PLEASE.
Dove c'è forza non c'è violenza, dove c'è violenza c'è sofferenza

CONSENSO INFORMATO SPORTELLO DI ASCOLTO BULLISMO E BULLISMO DIGITALE: PARLIAMO SENZA PAURA

Nell'ambito del Progetto "A ME GLI OCCHI, PLEASE. Dove c'è forza non c'è violenza, dove c'è violenza c'è sofferenza" l'Osservatorio Nazionale Adolescenza Onlus (sportellobullismo.decupis@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: consulenza relativa agli ambiti di bullismo e bullismo digitale;
- (b) durata delle attività: l'intervento prevede un massimo di n° 2 incontri della durata di 40 minuti;
- (c) destinatari: studenti e docenti della Scuola Secondaria di I grado "Salvo D'Acquisto".

I professionisti dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza Onlus, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenuti 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 Bullismo e Bullismo Digitale, 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.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La Sig.ra/Il Sig. dichiara di aver compreso quanto qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dai professionisti dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza Onlus presso lo Sportello di Ascolto Bullismo e Bullismo Digitale.

Recapito telefonico.....

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenne.....

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 dai professionisti dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza Onlus presso lo Sportello di Ascolto Bullismo e Bullismo Digitale.

Luogo e data

Firma della madre

Recapito telefonico.....

Il Sig. padre del minorenne.....

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 dai professionisti dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza Onlus presso lo Sportello di Ascolto Bullismo e Bullismo Digitale.

Luogo e data

Firma del padre

Recapito telefonico.....

PERSONE SOTTO TUTELA

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

Tutore del minorenne.....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 dai professionisti dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza Onlus presso lo Sportello di Ascolto Bullismo e Bullismo Digitale.

Luogo e data

Firma del tutore

Recapito telefonico.....