



Unione Europea



Repubblica Italiana

**ISTITUTO COMPRENSIVO
STATALE PRAIA A MARE**

Via Verdi n. 40 – Tel. Fax 0985/72106 – C.F.
96031260787

csic8au004@istruzione.it - csic8au004@pec.istruzione.it - www.icpraia.edu.it

87028 -PRAIA A MARE (CS)

**A tutti i Docenti
Agli alunni
Ai Genitori degli alunni
Al Personale A.T.A.
Al D.S.G.A
All'Albo dell'Istituzione Scolastica
Al sito Web
Al Registro Elettronico**

I.C. PRAIA A MARE - CS
Prot. 0000277 del 18/01/2022
(Uscita)

OGGETTO : Avvio Sportello d'ascolto Psicologico

La presente per comunicare l'avvio, anche per questo anno scolastico, dello Sportello d'ascolto Psicologico, gestito dalla psicologa dott.ssa Teresa Iorio.

L'attività sarà a disposizione per alunni, docenti e personale A.T.A., famiglie, allo scopo di fornire un servizio di ascolto e consulenza, e si articolerà in una serie di interventi che vanno dallo spazio d'ascolto individualizzato, a formazione di gruppo ad azioni più mirate:

- ✚ Sportello per Alunni, con colloqui con i ragazzi che consegneranno il modulo di autorizzazione, firmato da entrambi i genitori (tranne in caso di decadimento della potestà genitoriale o separazioni con affidamento esclusivo, unici due casi in cui è richiesta una sola firma).
- ✚ Interventi nella classe con gli alunni, che consegneranno tutti il modulo di autorizzazione firmato da entrambi i genitori, per apprendere strategie per migliorare le relazioni tra compagni, per contenere conflitti.
- ✚ Incontri di laboratori emozionali in gruppo con gli alunni, con consegna di tutti del modulo di autorizzazione firmato da entrambi i genitori .
- ✚ Sportello per Docenti e Personale A.T.A., per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico.
- ✚ Incontri di laboratori emozionali in gruppo con i docenti.
- ✚ Sportello per Genitori, per supporto in materia di genitorialità.

Tutte le attività verranno effettuate nel rispetto della vigente normativa in materia di Privacy, raccolta e trattamento di dati sensibili, nel rispetto dei principi etici, morali e normativi del Codice Deontologico degli Psicologi.

Le prenotazioni devono essere inviate a psicologaicpraiacs@gmail.com

Allegati

- Locandina
- Richiesta di accesso allo sportello
- Moduli di Consenso

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Patrizia Granato

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

Istituto Comprensivo Praia a Mare

Dirigente Scolastica Dott.ssa Patrizia Granato

SPORTELLO PSICOLOGICO



Dott.ssa Teresa Iorio

Psicologa iscritta all'Ordine della Calabria n. 1678

Organizzazione

Rivolto a ...	Sede	Orario	Frequenza	Modalità
Alunni	In presenza nelle scuole	Dalle ore 10.00 alle ore 11.00	Lunedì Venerdì	Prenotazione
Docenti	Attività di gruppo e laboratori online su Google Meet	Dalle ore 16,00 alle ore 17.00	Mercoledì	
Genitori	Google Meet	Da concordare	Da concordare	Prenotazione

**LE PRENOTAZIONI ED I CONSENSI FIRMATI DEVONO
ESSERE INVIATI A psicologaicpraiacs@gmail.com**

RICHIESTA DI ACCESSO ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO
(alunni/genitori/docenti/personale ATA)

Alla Dott.ssa Iorio Teresa
psicologicaicpraiacs@gmail.com

L Sottoscritt _____
(Nome e Cognome)

DOCENTE SCUOLA _____
(specificare l'ordine di scuola)

PERSONALE A.T.A. _____
(specificare il ruolo)

GENITORE DELL'ALUNNO _____

Numero di telefono o cellulare _____

Mail _____

CHIEDE DI POTER AVERE UN COLLOQUIO CON LA S.V.

Resta in attesa della comunicazione dell'orario e del giorno dell'appuntamento.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.LGS 196 del 2003 (Codice Privacy). Si informa che i dati, che verranno rilevati tramite l'attività di sportello di ascolto, verranno utilizzati garantendone la sicurezza e la riservatezza e saranno utilizzati esclusivamente per il servizio di sportello psicologico. I dati forniti sono inoltre coperti da segreto professionale.

Data _____

FIRMA

CONSENSO INFORMATO IN PSICOLOGIA SCOLASTICA
Sportello d'ascolto psicologico

VERSIONE PER PERSONE MINORENNI

Esercente responsabilità genitoriale (padre) oppure tutore

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

Esercente responsabilità genitoriale (madre)

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ sono informati sui seguenti punti in merito al sostegno psicologico _____ nei confronti del figlio _____

C.F.: _____ da parte della Dott.ssa Teresa Iorio Psicologa, iscrizione Albo professionale degli Psicologi della Calabria n.1678

1. il sostegno psicologico prestato dal professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di 30 minuti, con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico;
3. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione in ambito psicologico, inclusi test psicologici;
4. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
5. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;

Per le prestazioni erogate a distanza:

- 7.1 la prestazione psicologica verrà erogata a distanza attraverso lo strumento piattaforma Google Meet;
- 7.2 Il professionista sanitario si impegna a fornire la strumentazione adeguata e affidabile e di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore.
- 7.3 Durante la prestazione a distanza, il professionista si impegna a situarsi in spazi riservati in cui non sono presenti soggetti terzi e a disattivare qualsiasi altra funzione della strumentazione in uso al fine di evitare interferenze e/o interruzioni della prestazione. Medesimo impegno per conto della persona minorenni da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Il professionista e chi esercita la responsabilità

genitoriale o la tutela si impegnano a garantire il miglior segnale telefonico/migliore connessione internet. Il professionista sanitario può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi.

Gli esercenti della responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

Articolo 11 Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12 Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13 Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ o il tutore Sig./Sig.ra _____, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, presta/prestano il consenso informato sanitario al trattamento psicologico nei confronti di _____

Luogo e data _____

Firma esercenti responsabilità genitoriale

Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____

Firma tutore Sig./Sig.ra _____



Unione Europea



Repubblica Italiana

**ISTITUTO COMPRENSIVO
STATALE PRAIA A MARE**

Via Verdi n. 40 – Tel. Fax 0985/72106 – C.F. 96031260787

csic8au004@istruzione.it - csic8au004@pec.istruzione.it - www.icpraia.edu.it

87028 -PRAIA A MARE (CS)

“SPORTELLLO PSICOLOGICO”

a.s. 2020/2021 DL 34/20 art. 231

MODULO DI AUTORIZZAZIONE – OSSERVAZIONI di CLASSE

DA COMPILARE DA PARTE DEI GENITORI

Noi sottoscritti _____ (padre) e _____ (madre),
genitori dell'alunno/a _____

iscritto alla classe/sezion e _____ della scuola _____,

autorizziamo la dott.ssa Teresa Iorio, psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Calabria n. 1678,
che gestisce le attività relative allo “Sportello psicologico” presso l'Istituto Comprensivo di Praia a
Mare, ad eseguire osservazioni generali sulla classe/sezion e _____, al fine di rilevare dati utili
alla trasformazione positiva del clima relazionale tra alunni, tra alunni ed insegnanti e tra alunni e
altre figure adulte presenti all'interno della scuola (educatori, collaboratori scolastici).

Agli interventi di osservazione farà seguito un colloquio di restituzione con gli insegnanti, per
condividere le dinamiche rilevate e identificare adeguate strategie educative, che facilitino il
benessere della classe.

Firma dei genitori

(padre)

(madre)

Praia a Mare, li ___/___/_____