



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO ARTISTICO STATALE "G.C.ARGAN"**

Piazza dei Decemviri 12 – 00175 ROMA (RM) Cod. Mecc. RMSD10000R ☎ 06121122470
Sede succursale – via Contardo Ferrini 61 – 00173 Roma
Codice fiscale 97191280581 ✉ rmsd10000r@istruzione.it ✉ rmsd10000r@pec.istruzione.it
www.liceoargan.gov.it

Circolare n. 82

**Ai docenti
Agli alunni e alle famiglie
Al DSGA
Al personale ATA
Al sito web**

Oggetto: attivazione sportello di ascolto psicologico

Si comunica che, nell'ambito delle attività funzionali alla vita della comunità scolastica inserite nel Ptof e proposte in modo permanente come servizio a disposizione delle diverse esigenze dell'utenza e alla luce delle problematiche conseguenti all'emergenza sanitaria da covid 19, è stato attivato lo sportello di ascolto psicologico come da schema di seguito riportato:

mercoledì 9 dicembre 2020	dalle ore 8.30 alle ore 13.30
venerdì 11 dicembre 2020	dalle ore 8.30 alle ore 13.30

Le prenotazioni dovranno essere effettuate all'indirizzo sotto riportato 24 ore prima dell'incontro per accedere al quale dovrà essere compilato il format allegato.
Seguirà a breve calendario dettagliato dell'attività dello sportello di ascolto.

Roma, 04 dicembre 2021

**Il Dirigente Scolastico
Nicola Armignacca**

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/1993*

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La/Il sottoscritta dott.ssa GELSOMINA GIANNATTASIO, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 17860, recapito e-mail giannattasio.psy@liceoargan.edu.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Liceo Artistico Statale "G.C.Argan" di Roma fornisce le seguenti informazioni. Le prestazioni saranno rese presso la sede dell'istituto in Piazza dei Decemviri n. 12 – Roma. Qualora l'emergenza del COVID-19 dovesse comportare la chiusura della Scuola e l'impossibilità da parte dei richiedenti a fruire di un colloquio di persona, la prestazione sarà resa possibile attraverso la modalità di colloquio on-line, utilizzando le piattaforme multimediali scolastiche, già utilizzate per la Didattica a Distanza - DAD;

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento: colloqui di ascolto e supporto con la Psicologa dell'Istituto;

(b) modalità organizzative: interventi e attività curriculari ed extracurriculari, secondo gli obiettivi di massima disposti dal protocollo siglato tra il Ministero dell'Istruzione e l'Ordine Nazionale degli Psicologi;

(c) scopi:

- creare una sinergia di lavoro con gli insegnanti della scuola per agevolare la gestione delle situazioni problematiche;
- accogliere la domanda d'aiuto di alunni, definendo e ridefinendo i significati contenuti nelle richieste spesso confuse;
- sostenere e favorire i genitori nelle responsabilità che il compito educativo comporta, agevolando un dialogo costruttivo con i figli e fornendo loro la possibilità di incontro e approfondimento.
- Sostenere il personale scolastico;

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 studentessa/ Lo studente
.....dichiara di aver compreso quanto
illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni
professionali rese dal dott.presso lo Sportello di
ascolto.

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 dal... dott.
.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

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 dal... dott.
.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

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 dal... dott.
.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore