



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE
DISTRETTO N. 16 - Macerata Campania (CE) Via Roma,11
C.F. 94017830616- Mail:ceic88300b@istruzione.it – ceic88300b@pec.istruzione.it
sito www.icmaceratacampania.edu.it Tel 0823/692435 Fax 0823/695550

A TUTTI I DOCENTI
AI GENITORI DEGLI ALUNNI
AL SITO WEB

Oggetto: INFORMATIVA PER ALUNNI, GENITORI E DOCENTI CONSULENZA PSICOLOGICA E “SPORTELLO DI ASCOLTO”

Il Dirigente Scolastico informa che in seguito alla **nota MPI AOODRCA prot. n. 37325 del 12.11.2020** avente ad oggetto “Protocollo d’intesa del Ministero dell’Istruzione con il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, “Indicazioni per l’attivazione del supporto psicologico nelle Istituzioni scolastiche della Campania” e dopo la procedura messa in atto per reperire un esperto psicologo, presso il nostro Istituto è attivo per **l’anno scolastico 2020/21**, a partire dal mese di Dicembre, **un servizio gratuito di consulenza psicologica e “SPORTELLO DI ASCOLTO”**, rivolto a studenti, genitori e docenti, curato dalla **psicologa Dott.ssa Di Giovannantonio Elisabetta**. Nell’ambito delle attività promosse dall’ I.C. “Macerata Campania” la realizzazione di tale attività si prefigura come elemento di supporto psicologico al personale, studenti e famiglie per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID- 19 per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico - fisico.

Le finalità dello sportello ascolto sono le seguenti:

- a) supporto psicologico al personale, studenti e famiglie, finalizzato in via prioritaria a:
 - rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19 e prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico;
 - fronteggiare situazioni di stress lavorativo e difficoltà relazionali nell’ambito dei processi di insegnamento-apprendimento;
 - prevenire fenomeni di bullismo, cyberbullismo, abbandono scolastico.
- b) Partecipazione a gruppi di lavoro dedicati a bambini e alunni con disabilità, disagio e/o svantaggio.
- c) Prevenzione di comportamenti a rischio per la salute.
- d) Avvio di percorsi di educazione all’affettività.
- e) Implementazione di un sistema di monitoraggio dei risultati delle azioni intraprese con rilevazioni ex ante, in itinere ed ex post e redazione di un report finale.

La Dott.ssa Di Giovannantonio Elisabetta, dopo una prima indagine conoscitiva, proseguirà l’attività descritta anche con gli alunni e le famiglie. I genitori che intendono usufruire dello “Sportello di ascolto” dovranno firmare un consenso informato (minori) che sarà inviato in posta e nel registro elettronico. Tale documento va firmato ed inviato digitalmente alla posta elettronica della psicologa edig@icmaceratacampania.edu.it, nel momento in cui si intende usufruire di tale servizio, utilizzando la posta istituzionale nomecognomeicmaceratacampania.edu.it.

SI ALLEGA MODULO CONSENSO INFORMATO (MINORI)

Sicuro di una **V.S.** pronta accoglienza si porgono Distinti Saluti.

Macerata Campania, 28/12/2020

Il Dirigente Scolastico
(Prof. Antonio Palmieri)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
(art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/1993)

Consenso informato per l'accesso allo Sportello D'Ascolto Psicologico (minori)

Il professionista, dott.ssa Elisabetta Di Giovannantonio iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n.6594, nello svolgimento delle proprie funzioni è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine. 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.

La Sig.ra
Madre dell'alunno/a..... classe.....sez.....
Nata a il ___ / ___ / _____
e residente a
in via/piazza.....n.....

dichiara in piena consapevolezza di aver compreso quanto sopra illustrato e di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Elisabetta Di Giovannantonio presso lo Sportello psicologico.

Luogo e data Firma* della madre _____

Il Sig.....
padre dell'alunno/a
Nato ail ___ / ___ / _____
e residente a.....
in via/piazza.....n.....

dichiara in piena consapevolezza di aver compreso quanto sopra illustrato e di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Elisabetta Di Giovannantonio presso lo Sportello psicologico.

Luogo e data Firma* del padre _____

* Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di iscrizione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta dell'istituzione scolastica sia stata condivisa.