



Istituto Comprensivo Statale Giovanni XXIII

Via Ofanto 29 - 76017 San Ferdinando di Puglia (BT) - Tel. e fax Presidenza: +39 0883 621135 - Tel. Segreteria: +39 0883 621186 e-mail: fgic871006@istruzione.it - e-mail PEC: fgic871006@pec.istruzione.it - Sito WEB di Istituto: - <http://www.icgiovanni23.edu.it/joomla3/> -

Codice Meccanografico: FGIC871006 - Codice Fiscale: 90095100724 - Codice Univoco Ufficio: UF5J11

Comunicazione n. 136

San Ferdinando di Puglia, 9/02/2022

A:
Docenti
Genitori

OGGETTO: Attivazione Sportello Psicologico

Si comunica che **ogni Lunedì dalle ore 11:00 alle ore 12:00 a partire dal 14 Febbraio 2022**, sarà attivo lo sportello di ascolto psicologico rivolto agli alunni, ai genitori e al personale scolastico dell'Istituto Giovanni XXIII, curato dalla Psicologa Dott.ssa Montenero.

Cosa è lo sportello Psicologico

Lo Sportello di Ascolto è uno spazio dedicato agli studenti, ai loro problemi, alle loro difficoltà con il mondo della scuola, la famiglia, i pari, ecc., ma è anche un possibile spazio di incontro e confronto per i loro genitori al fine di contribuire a risolvere le difficoltà che naturalmente possono sorgere nel rapporto con un figlio che cresce.

La Psicologa, dunque, è a disposizione degli studenti, e i loro genitori e degli insegnanti che desiderino un confronto con un esperto tenuto al segreto professionale. **Il colloquio, che si svolge all'interno dello Sportello d'Ascolto, non ha fini terapeutici ma di counseling, per aiutare il ragazzo a individuare i problemi e le possibili soluzioni, collaborando con gli insegnanti in un'area psicopedagogica di intervento integrato.**

Come prenotarsi

Gli alunni, le loro famiglie, il personale scolastico potranno usufruire di colloqui gratuiti con la dott.ssa Montenero il lunedì mattina, dalle ore 11.00 alle ore 12.00, compatibilmente con le necessità didattiche, prenotando un appuntamento all'indirizzo federicamontenero@gmail.com, a quello istituzionale fgic871006@istruzione.it o parlandone direttamente con il proprio insegnante coordinatore della classe.

Gli studenti potranno accedere allo Sportello d'Ascolto Psicologico unicamente se in possesso di autorizzazione, che si allega alla presente circolare, rilasciata all'atto della prenotazione dal genitore esercente la patria potestà, sulla modulistica opportunamente predisposta e pubblicata di seguito.

Obiettivi e finalità

- individuare problematiche irrisolte nella popolazione scolastica legate all'emergenza COVID-19 e alla crescita personale in un clima di incertezza, nonché individuare i casi di disagio e le situazioni a rischio;
- migliorare la capacità degli studenti di comprendere se stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole;
- fornire strumenti di sostegno cognitivo-comportamentali e psicoaffettivi nei casi di disagio scolastico e/o di relazione;
- affiancare i genitori nella crescita armonica dei loro ragazzi eventualmente indicando strategie di comunicazione efficace e di ascolto empatico;
- affrontare le problematiche e i conflitti inerenti le relazioni tra le varie componenti della Scuola (alunni, docenti, famiglia, personale scolastico);
- aiutare i docenti nel loro ruolo di educatori;
- prevenire ed affrontare problemi d'insuccesso scolastico;
- sostenere le famiglie nelle fasi di sviluppo psicologico dei figli;
- affrontare le dinamiche del gruppo classe;
- prevenire fenomeni di bullismo e cyber-bullismo;
- aiutare le famiglie a comprendere le dinamiche pre-adolescenziali;
- fornire ai docenti strumenti, strategie, consulenza, sostegno per gestire percorsi di educazione alla salute e all'affettività e di contenimento dell'ansia derivata dall'emergenza COVID- 19.
-

Si allega il modulo per consenso informato dei genitori per prestazioni ai figli della scuola.

DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Pasquale NAPOLITANO
art. 3, c.2 del Dlgs 39/1993

Modulo per consenso informato dei genitori per prestazioni a minorenni

Io sottoscritto (padre) _____

nato a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ Documento n° _____

e io sottoscritta (madre) _____

nata a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ Documento n° _____

Padre e madre del/la minore _____ nato/a a _____

Il _____ C.F. _____

siamo stati informati sui seguenti punti:

- potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito pedagogico;
- La prestazione di Sportello Psicologico-Pedagogico non è una Psicoterapia;
- In qualsiasi momento potremo interrompere la prestazione professionale
- L'esperto è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
- Lo sportello pedagogico è rivolto ai ragazzi ed ai genitori iscritti all'Istituto Giovanni XXIII
- Le prestazioni concordate non comportano costi a nostro carico e nessuno potrà richiederci un corrispettivo economico per la prestazione;

Informati di tutto ciò.

noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo a che la prestazione nei confronti di nostro figlio/a venga effettuata, qualora lo stesso ne faccia richiesta.

Luogo e data _____

Firma padre leggibile _____

Firma madre leggibile _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di educatore per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
2. il trattamento dei miei dati personali, in forma anonima, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazioni e statistiche scientifiche;
3. I dati saranno inseriti in un archivio informatico/magnetico/cartaceo avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
4. ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
5. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
6. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del trattamento terapeutico. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento terapeutico;

Preso visione della presente informativa, attesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali di mio figlio.

Data Firma padre leggibile

Firma madre leggibile
