



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO ARTENA
00031 ARTENA - RM - COD. FISC. 95037030582
VIA G. DI VITTORIO, 1 (06 95191090/1/3/7/9 fax 06 9514643)

**AI DOCENTI, ALLE
FAMIGLIE,
AL PERSONALE ATA
E AI
COLLABORATORI
SCOLASTICI
DELL' I. C. ARTENA**

OGGETTO: Avvio dello Sportello d'Ascolto Psicologico

Si comunica che a partire da **MARTEDI' 23 gennaio 2024**, sarà attivo lo Sportello d'Ascolto Psicologico, uno spazio di consulenza affidato agli psicologi della PsyPlus.

Lo sportello è volto a promuovere e favorire l'equilibrio e il benessere scolastico degli alunni, delle famiglie e del personale della scuola e sarà fruibile secondo il calendario già reso noto con circolare n 366 del 18 gennaio 2024.

Gli studenti potranno confrontarsi con gli specialisti su tematiche legate al benessere personale in ambito scolastico ed extrascolastico.

I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

**PREREQUISITO PER ACCEDERE ALLO SPORTELLO – CONSEGNA MODULO DI CONSENSO
(IN ALLEGATO ALLA PRESENTE CIRCOLARE)**

Per accedere allo Sportello d'Ascolto è necessario consegnare il modulo di consenso informato, allegato alla presente circolare

Il Dirigente Scolastico
* F.to Dott.ssa Daniela MICHELANGELI

CONSENSO INFORMATO SPORTELLO SCOLASTICO DI CONSULENZA PSICOLOGICA A.S. 2023-24

Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (_____) il _____ e residente a _____ (_____), Via/piazza _____

COGNOME E NOME MADRE _____

Nata a _____ (_____) il _____ e residente a _____ (_____), Via/piazza _____

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoriale sul minore _____
che frequenta la classe _____ sez _____

Sono informati:

- che la prestazione offerta al minore è una consulenza psicologica volta allo sviluppo del benessere psicologico e non una psicoterapia
- che le prestazioni saranno rese in presenza presso I.C. Artena
- che, in casi particolari, le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico a distanza (Meet, Zoom, Teams)
- che all'interno dell'attività di consulenza psicologica potranno essere usati strumenti conoscitivi per la prevenzione, la diagnosi, la ricerca-intervento ed il sostegno in ambito psicologico;
- che gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio clinico;
- che la durata globale dell'intervento non è definibile a priori anche se saranno concordati obiettivi, tempi e modalità;
- che in qualsiasi momento gli incontri potranno essere interrotti previa comunicazione allo psicologo rendendosi disponibili ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- che lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione degli incontri quando constata che l'utente non ne trae alcun beneficio
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#), in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta;
- che i dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Noi sottoscritti, come esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio effettui incontri che lo psicologo dell'associazione PsyPlus ETS riterrà necessario nel suo caso, ovvero incontri individuali e/o congiunti ad uno o ad entrambe i genitori, impegnandoci a collaborare al meglio delle nostre possibilità.

In fede

Firma del padre

.....

Firma della madre

.....

Roma li ----/--/--