



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "Leonardo da Vinci"-OLEVANO SUL TUSCIANO

Prot. 0000531 del 30/01/2024

V (Uscita)

 Codice Autonomia n.109	MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE «Leonardo da Vinci» Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado – 84062 Olevano sul Tusciano (SA) –	
Codice Fiscale: 80025740657	Sito internet: www.icolevanost.edu.it	Codice meccanografico: SAIC86400A
Telefono: 0828 307691	E-mail: saic86400a@istruzione.it	Codice Unico Ufficio: UFXNNO
Tel/Fax: 0828 612056	P.E.C. : saic86400a@pec.istruzione.it	Indirizzo: Via Leonardo da Vinci, 17

Ai genitori degli alunni della scuola secondaria di primo grado
Ai docenti
Atti/Sito/Registro

Oggetto: Sportello d'ascolto, sostegno e orientamento

A partire dal mese di febbraio e fino al 31 maggio 2024, grazie alla collaborazione con l'Ente Comunale, sarà attivo un servizio di supporto psicologico, tenuto dalla psicologa dott.ssa Serena Caputo.

Gli alunni di scuola secondaria di primo grado che ne faranno richiesta, potranno, così, usufruire di ascolto, sostegno e orientamento.

Il servizio sarà attivo il giovedì dalle ore 9.00 alle ore 11.00.

Lo sportello di ascolto è uno spazio di orientamento, ascolto, supporto, finalizzato alla prevenzione, all'informazione e al benessere psicologico, si precisa e si chiarisce che lo sportello rappresenta un punto di riferimento e consulenza su tematiche psicopedagogiche, ma non è assolutamente un percorso di tipo terapeutico.

In considerazione dell'importanza del servizio, si chiede ai genitori di leggere e compilare il consenso informato allegato.

Si ringrazia per la consueta e proficua collaborazione.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Viviana Mangano

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93.*

Dott.ssa Serena Caputo

Psicologa - Psicoterapeuta Relazionale familiare
Psicologa presso Segretariato Servizi Sociali Comune di Olevano Sul Tusciano
iscrizione Albo Psicologi Campania n. 5557
Via Mensa, 87 Olevano s/T 84062 (SA)
cell.3209485632
mail. caputo.serena.consul@gmail.com

In seguito alla richiesta della Dirigente scolastica la Dott.ssa Viviana Mangano di attivazione dello sportello d'ascolto, come da prot. N. 0000776 del 19/01/2024, di seguito il consenso informato per i genitori o tutori dei minori, per procedere all' avvio dello stesso.

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

La sottoscritta dott.ssa Serena Caputo Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n°5557, (contatti: 3209485632; mail: caputo.serena.consul@gmail.com - mailpec: serenacaputo@psypec.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo Olevano sul Tusciano "Leonardo Da Vinci" plesso Scuola Secondaria di primo grado, Via Risorgimento, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso un'aula dedicata all'interno del plesso della scuola Secondaria di primo grado in Via Risorgimento;

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

(a) tipologia d'intervento: colloquio;

(b) modalità organizzative: giovedì dalle 9:00 alle 11:00;

(c) scopi: orientamento, ascolto, supporto, finalizzati alla prevenzione, informazione e benessere psicologico, ;

(d) limiti: l'intervento non si propone scopi terapeutici. Qualora necessario, si provvederà ad invio presso altre sedi opportune; l'accesso del minore al colloquio sarà possibile esclusivamente con l'autorizzazione al consenso di entrambi i genitori;

(e) durata delle attività: l'attività di consulenza avrà una durata di circa 45 minuti; la prestazione prevede una disponibilità di 2h a cadenza settimanale all'interno dell'istituto fino al 31 maggio 2024;

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.

La sottoscritta si rende disponibile per chiarimenti e approfondimenti con i genitori, previo appuntamento, presso la stessa sede.

In fede

Il Professionista

Dott.ssa Serena Caputo

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 minorenni.....
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 minorenni.....
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 minore.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
e m a n a n t e , d a t a

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