



I. C. "PACINOTTI" - MARIGLIANO (NA)
Prot. 0006589 del 02/12/2020
C. I. (Uscita)

Ai Docenti

Alle famiglie e agli studenti dell'I.C. "A. PACINOTTI"

All'Albo d'Istituto

Sito WEB

OGGETTO: Attivazione sportello di ascolto online.

Si comunica ai destinatari in indirizzo che dal giorno 2 Dicembre sarà attivato lo Sportello di Ascolto psicologico, curato dalla dott.ssa Luciano Cristina, aperto a tutte le classi dell'istituto comprensivo, alle famiglie e ai docenti secondo le seguenti modalità:

1. Prenotando l'incontro, attraverso il format (ALLEGATO A) ed inviato alla seguente email: sportelloascoltoscuolapacinottimarigliano@gmail.com, gestita esclusivamente dalla Dottoressa Luciano. Per tutti i minori è previsto un modulo di consenso informato che va debitamente compilato e firmato da un genitore/tutore. (ALLEGATO B)
2. Gli incontri si svolgeranno il Mercoledì dalle ore 9.00 alle 13.00, il Venerdì dalle ore 15.00 alle 19.00, avverranno in presenza o a distanza in relazione all'evolversi della situazione di emergenza sanitaria, nello specifico **a distanza** sarà utilizzata la piattaforma Teams di Office 365, attraverso l'aula virtuale "Sportello ascolto" nei giorni stabiliti in seguito alla prenotazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

ALLEGATO A

MODULO DI PRENOTAZIONE SPORTELLO D'ASCOLTO

Al Dirigente Scolastico
I.C. "PACINOTTI"

OGGETTO: Richiesta di accesso al servizio "Sportello d'ascolto e supporto psicologico"

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a :

o Docente scuola Infanzia/Primaria/Secondaria di Primo Grado,
classe _____ sez. _____

o Genitore /Tutore/Affidatario dell'alunno/a _____
frequentante

classe _____ sez. _____ scuola _____ con il seguente account :

nome.cognome@scuolapacinotti.gov.it.

RECAPITI

tel. _____

mail: _____

RICHIEDE UN APPUNTAMENTO

Data _____

Firma _____

ALLEGATO B

CONSENSO INFORMATO PER I MINORI

Io sottoscritto sig. _____ nato a _____

il ___/___/_____ e residente in _____

Io sottoscritta sig.ra _____ nata a _____

il ___/___/_____ e residente in _____

prima di ottenere l'intervento da parte della psicologa dottor.ssa. M. Cristina Luciano in favore del minore

_____ nato/a a _____ il ___/___/_____ sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico finalizzato al conseguimento di una valutazione e intervento per migliorare il benessere psicologico;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio clinico e i test psicodiagnostici;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- in qualsiasi momento potremo interrompere l'intervento. Al fine di permettere i migliori risultati dello stesso comunicheremo alla psicologa la volontà di interruzione, rendendoci disponibili, a nostro insindacabile giudizio, a far effettuare un ultimo incontro tra la psicologa e il minore finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- la psicologa è tenuta a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- esistono obblighi deontologici cui il professionista è tenuto, anche a tutela dell'alunno, e perciò rinuncio a esercitare il diritto d'accesso ai protocolli dei test;

Informati di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio fruisca della alla prestazione concordata con la dr.ssa M. Cristina Luciano iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Campania al N.1145 dal 24-11-1997.

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

§ Cancellare i punti che non interessano o modificarli se necessario

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento l'intervento richiesto strettamente inerenti alla sua attività di psicologo;
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 e potranno essere trattati anche da terzi: in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
4. i dati personali - compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale - possono essere soggetti a trattamento solo con il mio consenso scritto;
5. 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;
6. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare all'intervento;
7. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del l'intervento. Oltre tale data essi saranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento terapeutico;
8. il titolare del trattamento è:
9. il responsabile del trattamento (se diverso dal titolare) è:

Preso visione della presente informativa, attestiamo il nostro libero consenso al trattamento dei nostri dati personali.

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE
LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE
