



Istituto Comprensivo “NicolaSole” Senise

Scuola dell’Infanzia-Scuola Primaria-Scuola Secondaria I° grado ad indirizzo musicale
Sedi associate: Terranova di Pollino – Noepoli – Cersosimo – San Costantino Albanese
Castronuovo di Sant’ Andrea – Sede Rione San Pietro – 85038 – SENISE (Potenza)

Web: www.icnicolasolesenise.edu.it - Peo: pzic885007@istruzione.it Pec: pzic885007@pec.istruzione.it
Tel. Segreteria: 0973/58.40.05 -Fax 0973/58.41.96 – Presidenza 0973/68.66.39

IST. COMP. "N. SOLE"-SENISE
Prot. 0007273 del 16/12/2020
04 (Uscita)

**AI DOCENTI
ALLA DSGA
AL PERSONALE ATA
AI GENITORI
AL SITO WEB
AGLI ATTI**

Oggetto: Servizio di Supporto Psicologico a.a. 2020/21.

Si informa la Comunità scolastica che l’Istituto Comprensivo “Nicola Sole” di Senise, in un’ottica di *prevenzione e promozione del benessere psicologico a scuola*, alla luce dell’emergenza sanitaria da COVID- 19, ha attivato un “**Servizio di Supporto Psicologico, Scolastico**” per alunni e personale per l’a.s. 2020/2021.

Obiettivi del Servizio di supporto psicologico scolastico saranno:

1. Sostenere i docenti nelle responsabilità che il compito educativo comporta soprattutto nel contesto emergenziale in atto, anche promuovendo azioni a favore della comunicazione tra le diverse componenti;
2. Prevenire ed individuare disagi emotivi e comportamentali degli alunni;
3. Attivare percorsi di ascolto e di sostegno per alunni e personale;
4. Fornire uno spazio informativo/ formativo per rispondere a specifici bisogni scolastici e familiari;
5. Individuare azioni efficaci per superare dinamiche conflittuali.

Inoltre, sarà attivo presso le **sedi scolastiche** dell’**Istituto Comprensivo “Nicola Sole” Senise**, Scuola dell’Infanzia- Scuola Primaria- Scuola Secondaria I° ad indirizzo musica e scuole associate: Terranova del Pollino- Noepoli- Cersosimo_ Castronuovo S. Andrea- San Costantino Albanese ovvero **online** in caso di sospensione delle attività didattiche, salvo deroga motivata del dirigente scolastico, uno “**SPAZIO D’ASCOLTO PSICOLOGICO, SCOLASTICO**”.

Modalità del servizio.

Colloqui individuali, protetti dal segreto professionale; su richiesta autonoma di appuntamento e/o su indicazione dei docenti e/o dei genitori, per gli alunni.

Si precisa che i colloqui sono puramente a SCOPO **preventivo del disagio** e di **promozione del benessere psicologico**; sarà valutata la possibilità di gestire il bisogno emerso all’interno di ulteriori colloqui all’interno del servizio di “Spazio d’Ascolto psicologico, scolastico”. I colloqui attivati NON sono a fini diagnostici e/o terapeutici.

Destinatari.

Possono accedere allo “Spazio d’ Ascolto Psicologico”: Tutto il personale scolastico e gli alunni; questi ultimi su richiesta spontanea (previa autorizzazione di entrambi i genitori e/o Tutore), anche su indicazione dei docenti.

Modalità d'accesso al Servizio.

1. Per accesso diretto durante le ore di apertura del Servizio;
2. Richiesta di appuntamento, indicando il proprio Nome, Cognome e Numero di telefono:
 - Tramite mail all'indirizzo: pzic885007@istruzione.it ;
 - Richiesta scritta in apposita cassetta "Spazio d'Ascolto Psicologico, Scolastico", presso gli uffici di segreteria scolastica.
Gli alunni possono fare richiesta anche scrivendo su un biglietto il proprio nome, cognome e classe di appartenenza e riponendolo nell'apposita cassetta "Spazio d'Ascolto Psicologico, Scolastico" predisposta per tutelare la privacy di studenti e genitori¹.
 - Per gli alunni anche su indicazione non vincolante dei docenti e/o richiesta dei genitori;

Gli interessati saranno ricontatti dalla dottoressa Responsabile del Servizio.

Orari di accesso al Servizio

Solo per il mese di **Dicembre**, il servizio sarà attivo:

Lunedì, martedì, mercoledì, venerdì e sabato; dalle ore 9:00 alle ore 13:00.

Responsabile del Servizio

Dott.ssa Marcone Maria, psicologa dello "*Sviluppo e dell'Educazione*", specializzata in "*Benessere nel corso di vita*".

Si allega alla presente Modulo di Consenso Informato da far firmare ad entrambi i genitori o tutore legale del minore.

Si pregano i sigg. docenti di darne comunicazione ai genitori per il tramite dei figli.

Il Responsabile del Servizio di Supporto Psicologico

Dott.ssa Maria Marcone, psicologa.

Il Dirigente Scolastico

Prof. Avv. Francesco D'Amato

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

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO
“SPAZIO D’ ASCOLTO PSICOLOGICO, SCOLASTICO”**

La sottoscritta dott.ssa Maria Marcone, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. 16175, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo “Spazio d’ Ascolto psicologico, scolastico”; istituito presso le sedi scolastiche dell’Istituto Comprensivo “Nicola Sole” fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso le sedi scolastiche dell’I.C. “Nicola Sole”.

Le attività dello “Spazio d’ Ascolto psicologico, scolastico” saranno come di seguito organizzate:

- a) **tipologia d’intervento:** Colloqui individuali;
- b) **modalità organizzative:** si riceve per:
 - 1. accesso diretto durante le ore di apertura del servizio;
 - 2. su richiesta di appuntamento tramite:
 - mail all’indirizzo: pzic885007@istruzione.it ;
 - Richiesta scritta in apposita cassetta “Spazio d’Ascolto Psicologico, Scolastico”, presso gli uffici di segreteria scolastica.
Gli alunni possono fare richiesta anche scrivendo su un biglietto il proprio nome, cognome e classe di appartenenza e riponendolo nell’apposita cassetta “Spazio d’Ascolto Psicologico, Scolastico” predisposta per tutelare la privacy di studenti e genitori.
 - Per gli alunni anche su indicazione dei docenti e/o richiesta dei genitori.
- c) **scopi:** prevenzione del disagio e promozione del benessere psicologico;
- d) **limiti:** non saranno svolti colloqui a scopo diagnostico e/o terapeutico, se necessario sarà valutata la possibilità di suggerire l’accesso ad altro servizio, in modo volontario e non vincolante.
- e) **durata delle attività:** anno scolastico 2020/21;

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 “Spazio d’Ascolto Psicologico, Scolastico”, 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.

Il Professionista (firma) _____

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minorenni _____
nata a _____ il ____ / ____ / ____ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____

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 dalladott.ssa Maria Marcone presso lo “Spazio d’Ascolto psicologico, scolastico”.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____

nato a _____ il ___ / ___ / ___ e residente _____

in via/piazza _____ n. _____

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 dalladott.ssa Maria Marcone 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 emanante, data numero) _____

residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

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 dalla dott.ssa Maria Marcone presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____