



UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo "VIA ARETUSA"

Via Aretusa, 5 - 00155 ROMA - Tel. 062292314 - 0622796702 - Fax 062292314
Cod. Mec. RMIC8E100R - C.F.97714000581 - Municipio V - e-mail - rmic8e100r@istruzione.it
PEC: rmic8e100r@pec.istruzione.it Sito www.icaretusa.gov.it - Codice Univoco UF9EKZ

Circolare n. 86

Roma 15/01/2021

Ai genitori della Scuola
Secondaria
Ai docenti della Scuola
Secondaria
Al personale A.T.A.
della Scuola Secondaria
Al D.S.G.A.
Al sito web

Oggetto : Avvio Sportello di ascolto e di sostegno psicologico rivolto ad alunne/i, genitori e personale della Scuola secondaria di primo grado, Istituto Comprensivo "Via Aretusa", plesso "Michele Fioravanti", via Delia 46- A.S. 2020/2021-progetto D.O.O.R.S.-CIES Onlus.

Si comunica alle SS.LL. che da giovedì 21/01/2021 sarà attivo lo sportello d'ascolto e consulenza psicologica, curato dalla Psicologa Dott.ssa Ilaria Saponaro, psicologa -psicoterapeuta dell'Associazione CIES Onlus. Il servizio di consulenza psicologica, rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie della Scuola Secondaria, intende fornire consulenze e incontri di sostegno nell'ambito di una relazione di aiuto, per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19, nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico avvalendosi del colloquio personale, anche in modalità online.

Lo Sportello prevede incontri in presenza, come da calendario consultabile sul sito dell'Istituto, presso il plesso di via Delia 46 e/o in modalità on-line su piattaforma G-Suite.

La prenotazione della consulenza psicologica potrà essere effettuata attraverso mail all'indirizzo ascolto.doors@cies.it o inviando un sms al numero 3470898559, indicando: nome e cognome, classe, giorno e orario richiesti. Si riceverà una risposta di conferma.

Per la frequenza dello sportello d'ascolto da parte degli alunni è necessario il consenso dei genitori, allegato di seguito.

Si auspica che il servizio possa essere d'aiuto e sostegno alle famiglie, agli alunni e al personale scolastico, offrendo un concreto supporto per affrontare, gestire e contenere eventuali difficoltà dovute all'emergenza.

Il Dirigente Scolastico Reggente
Prof. Pietro Pascale

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.Lgs. n.39/1993

SCHEDA DI ISCRIZIONE ATTIVITÀ PROGETTO DOORS 2017-GEN-00414
CONSENSO INFORMATO SERVIZIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA
Ai sensi dell'art. 31 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

A CURA DELL'OPERATORE

Nome operatore/insegnante: _____ Nome

Scuola e Plesso: _____

☐ Ambito Scolastico ☐ Ambito Extrascolastico ☐ Presidio data: _____

A CURA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORI AFFIDATARI FATTO SALVO I CASI DI AFFIDAMENTO ESCLUSIVO

- DA COMPILARE IN STAMPATELLO - *campi obbligatori *

I sottoscritti

* (nome e cognome della MADRE/TUTORE LEGALE)

Nata a il *codice fiscale:

*e-mail..... *Telefono o cellulare.....

e (nome e cognome del PADRE/TUTORE LEGALE)

nato a il *codice fiscale:

*e-mail..... *Telefono o cellulare..... *in qualità di ☐ Genitori ☐ Tutori legali

OPPURE (SOLO SE UNICO GENITORE/TUTORE LEGALE)

Il/la sottoscritto/a *Nome e cognome

Nata/o a il *codice fiscale:

*e-mail..... *Telefono o cellulare.....

*in qualità di ☐ Genitore ☐ Tutore legale di

*Nome e Cognome del minore _____ ☐ M ☐ F

*Codice Fiscale: _____ Comune di nascita: _____

Nazionalità: _____ *nato/a a _____ *il: (gg/mm/aa) _____

***Ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento Privacy e letta l'informativa per i beneficiari partecipanti al progetto DOORS 2017-GEN-00414, allegata alla presente scheda e disponibile anche ad uno dei due link: www.cies.it/doors/privacy oppure <https://percorsiconibambini.it/doors/2019/11/20/privacy/>**

☐ PRESTO IL CONSENSO ☐ NEGO IL CONSENSO

alla partecipazione del minore Interessato al Progetto, nei termini e con le modalità indicati nell'informativa stessa (consenso necessario ai fini della partecipazione), incluse le attività di valutazione tramite somministrazione di questionari.

Firma _____

☐ PRESTO IL CONSENSO ☐ NEGO IL CONSENSO

al ricontatto, da parte dell'Ente Finanziatore del progetto DOORS, CON I BAMBINI, mediante intervista diretta o questionario, per avere feedback sull'avvenuta partecipazione al progetto (consenso NON obbligatorio ai fini della partecipazione).

Luogo e data:..... Firma _____

* ☐ Sono informato/a (unico genitore/tutore legale) OPPURE ☐ Siamo informati (entrambi genitori/tutori affidatari) che il servizio sarà così organizzato:

- tipologia d'intervento: consulenza, ascolto, sostegno, informazione e orientamento, di cui possono fare richiesta ragazzi/e, genitori, docenti, personale ATA, educatori/trici;

- modalità organizzative in presenza: per fare richiesta del servizio è necessario prendere un appuntamento con la dott.ssa Saponaro inviando una mail a ascolto.doors@cies.it o contattandola al numero 34708989559. È anche possibile prendere appuntamento recandosi di persona nei giorni e orari previsti per il servizio in presenza, previa acquisizione del consenso da parte dei genitori.

Qualora la situazione sanitaria lo rendesse necessario sarà possibile svolgere l'attività anche in modalità a distanza tramite l'utilizzo di piattaforme per le videochiamate (skype, zoom o whatsapp)

- scopi: promuovere il benessere, prevenire e contrastare il disagio affettivo e relazionale, offrire supporto, consulenza e orientamento per necessità legate alla gestione dell'emergenza sanitaria e/o delle disposizioni di distanziamento sociale; raccogliere segnalazioni in merito a bisogni specifici;

- limiti: la prestazione offerta non è una psicoterapia, ma una consulenza psicologica, finalizzata alla valutazione e all'intervento per potenziare il benessere psicologico;

- durata delle attività: la frequenza dei colloqui sarà valutata in base alla problematica riscontrata ed alla disponibilità personale e nel corso del suo svolgimento sarà possibile adeguarla ai cambiamenti sia individuali sia della situazione sanitaria complessiva;

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.

Avendo acquisito sufficienti informazioni sulle modalità con cui verrà erogato il servizio:

☐ PRESTIAMO IL CONSENSO

☐ NEGHIAMO IL CONSENSO

*A svolgere dei colloqui con la psicologa dell'associazione CIES Onlus, dott.ssa Ilaria Saponaro — psicologa psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 19249 (contattabile al numero 3470898559 o alla mail ascolto.doors@cies.it) - (consenso necessario ai fini della partecipazione).

Firma Genitore 1

Firma Genitore 2
