



ISTITUTO COMPrensIVO STATALE "PRIMO LEVI"
Via Roma, 266 - 59100 Prato (PO) - Tel. 0574-1843201
e-mail: poic81900t@istruzione.it - posta certificata: poic81900t@pec.istruzione.it
Codice ministeriale: POIC81900T - Codice fiscale e P. I.V.A.: 84008710489
<https://www.primoleviprato.edu.it>



Circolare n. 33

I.C. - "PRIMO LEVI"-PRATO
Prot. 0012773 del 25/11/2022
IV (Uscita)

**A tutto il personale
Alle famiglie degli alunni
I.C. "Primo Levi"**

Oggetto: attivazione sportello psicologico rivolto al personale, alle famiglie e agli alunni dell'I.C. Primo Levi.

Si comunica che da lunedì 28 novembre 2022 sarà attivo lo sportello psicologico scolastico condotto dalla Dot.ssa Chiara Gori, psicologa e psicoterapeuta.

Lo sportello psicologico è rivolto:

- Alle/agli alunne/i della Scuola Secondaria di 1° gr.;
- ai docenti e al personale scolastico **di tutti i plessi**, quando sia necessario confrontarsi su problematiche specifiche dei propri alunni;
- ai genitori degli alunni **di tutti i plessi** che desiderino condividere questioni legate al benessere dei propri figli.

Esso rappresenta uno spazio di ascolto per esprimere e affrontare disagio, ansie e difficoltà di apprendimento, comportamentali e relazionali legate al mondo scolastico, sociale e familiare.

La Dott.ssa Chiara Gori offrirà consulenza con finalità di supporto e orientamento per alunni, famiglie e personale scolastico, in un'ottica di prevenzione dell'insorgenza di disturbi psicologici, dell'apprendimento, dell'aggravamento di situazioni già esistenti e di gestione condivisa di condizioni complesse.

Il servizio si svolgerà presso:

- Scuola Primaria "L. Poli" (per Infanzia di Cafaggio e Primaria "L. Poli");
- Scuola Primaria "V. Crocini" (per sez. distaccata Infanzia di Paperino e Primaria "V. Crocini");
- Scuola Primaria "A. Cecchi" di Via Alloro (per tutta la Scuola Primaria "A. Cecchi");
- Scuola Primaria e Secondaria di 1° gr. "I. Marcocci".

Il servizio di sportello psicologico garantisce l'anonimato e la riservatezza, **salvo l'autorizzazione degli interessati** alla comunicazione dei contenuti dei colloqui agli insegnanti e/o ai genitori quando la situazione sia tale da richiedere una collaborazione.

Quando un'alunna o un alunno si recherà allo sportello durante l'orario di lezione, il docente in servizio nella relativa classe la/lo registrerà come "fuoriclasse".

Per concordare un appuntamento nella sede prescelta è necessario scrivere direttamente alla Dott.ssa Gori all'indirizzo sportello.psicologico@primoleviprato.edu.it



ISTITUTO COMPENSIVO STATALE "PRIMO LEVI"
Via Roma, 266 - 59100 Prato (PO) - Tel. 0574-1843201
e-mail: poic81900t@istruzione.it - posta certificata: poic81900t@pec.istruzione.it
Codice ministeriale: POIC81900T - Codice fiscale e P. I.V.A.: 84008710489
<https://www.primoleviprato.edu.it>



Si allegano alla presente il volantino, l'informativa e la relativa autorizzazione, che dovrà essere sottoscritta **esclusivamente dai genitori/tutori legali delle/degli alunne/i della Scuola Secondaria di 1° gr.**, al fine di consentire ai propri figli di avvalersi autonomamente del servizio.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Gabriella Franco

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



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PRIMO LEVI"
Via Roma, 266 - 59100 Prato (PO) - Tel. 0574-1843201
e-mail: poic81900t@istruzione.it - posta certificata: poic81900t@pec.istruzione.it
Codice ministeriale: POIC81900T - Codice fiscale e P. I.V.A.: 84008710489
<https://www.primoleviprato.edu.it>



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

La sottoscritta, Dott.ssa Chiara Gori, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n. 7902, indirizzo e-mail sportello.psicologico@primoleviprato.edu.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l'Istituto Comprensivo "Primo Levi" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in presenza presso le sedi dell'I.C. "Primo Levi": "A. Cecchi" (Via Alloro, "I. Marcocci", "L. Poli" e "V. Crocini").

Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate attraverso appuntamento individuale nelle giornate e negli orari comunicati all'Istituto dallo psicologo. Gli incontri avranno, generalmente, una durata di 40 minuti e, al fine di garantire una maggiore fruibilità del servizio a tutti gli alunni, si limitano gli interventi ad un massimo di 4 incontri per alunno.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologitoscana.it

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.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Dott.ssa Chiara Gori

Compilare il riquadro di pertinenza

MINORENNI

Il genitore 2 _____ del minore _____

nato a _____ il ___/___/____

e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Chiara Gori presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del genitore 1 _____

Il genitore 2 _____ del minore _____

nato a _____ il ___/___/____

e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Chiara Gori presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del genitore 2 _____

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

PERSONE SOTTO TUTELA

 La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____
 _____ il ___/___/____

 Tutore del minore _____ in ragione di _____
 _____ (indicare provvedimento, Autorità emanante, data e numero)

residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Chiara Gori presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____