



Ministero dell'Istruzione dell'Università e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO DI FORTE DEI MARMI

Via Padre Ignazio da Carrara, n° 79 – 55042 -FORTE DEI MARMI (LU)

Tel.: 0584-752117 – fax: 0584-752159 – e-mail: luic81700n@istruzione.it

CIRCOLARE INTERNA N° 079 del 18-12-2023

**AGLI ALUNNI
AI GENITORI
AI DOCENTI
AL PERSONALE ATA**

ISTITUTO COMPRENSIVO FORTE DEI MARMI

Oggetto: Progetto “Supporto Psicologico” 2023/24

Dal mese di gennaio 2024 partirà il Progetto “Supporto Psicologico” 2023/24 che ha la finalità di prevenire il disagio o malessere psicofisico e aumentare il benessere di alunni, genitori e personale scolastico. Il servizio è svolto dal Dott.ssa Valentina Groppi, Psicologa iscritta all’Albo dell’Ordine degli Psicologi della Toscana n. 5143. È un servizio gratuito e vi si accede su base volontaria.

ALUNNI

Gli studenti della Scuola secondaria di primo grado potranno accedere liberamente al servizio durante l'orario scolastico, previa richiesta al docente coordinatore di classe e con il consenso dei genitori.

Per gli alunni di tutto l’Istituto Comprensivo l’accesso ai colloqui richiede il consenso di entrambi i genitori o di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale, attraverso la compilazione e la firma del modulo allegato al presente avviso e pubblicata sul registro elettronico e presente sul sito web dell’Istituto.

GENITORI -INSEGNANTI E PERSONALE ATA

I genitori degli alunni **di ogni ordine e grado** che intendono richiedere un colloquio presso lo sportello di ascolto potranno contattare il Dott.ssa Valentina Groppi all’indirizzo mail valentina.groppi@icsfdm.it, scrivendo nell'oggetto “RICHIESTA SPORTELLO D'ASCOLTO”, specificando le proprie generalità e lasciando un recapito telefonico per essere ricontattati.

Tale servizio si svolgerà il **giovedì mattina dalle 09:00 alle 14:00** presso la Scuola secondaria di primo grado “Ugo Guidi” o su richiesta specifica presso i plessi indicati.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Maria Rosaria Mencacci

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

La sottoscritta Valentina Groppi, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Albo dell'Ordine degli Psicologi della Toscana al numero 5143 (valentina.groppi@icsfdm.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative al Servizio di Sportello Ascolto istituito presso I. C. Forte dei Marmi fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in presenza presso il plesso di Scuola secondaria Guidi o su richiesta specifica presso i plessi indicati. Il professionista dichiara di avere il possesso delle competenze nel loro uso, nel pieno rispetto delle misure di sicurezza. I colloqui a distanza non dovranno essere audio-video registrati. Durante i colloqui non dovranno essere presenti terzi non visibili nella stanza dello psicologo e dell'utenza

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

(a) Tipologia d'intervento: attività di ascolto e supporto psicologico, attraverso la tecnica del colloquio e degli interventi all'interno del gruppo classe. I colloqui sono rivolti a studenti, genitori insegnanti e personale A.T.A. Eventuali interventi nelle classi saranno richiesti e concordati tra i docenti e la professionista.

(b) Modalità organizzative: l'accesso allo Sportello avverrà contattando l'indirizzo valentina.groppi@icsfdm.it.

(c) Scopi: l'obiettivo dell'intervento è la promozione della salute e del benessere psico-fisico.

(d) Limiti: L'attività dello Sportello di Ascolto non ha finalità terapeutiche o diagnostiche e non costituisce attività psicoterapeutica. I colloqui hanno una durata massima di 45 minuti.

(e) Durata delle attività: Le attività avranno inizio a gennaio e termineranno il 30/05/2024.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, reperibile on line sul sito dell'Ordine Psicologi Toscana www.ordinepsicologitoscana.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. In merito alla protezione dei dati personali ex D.Lgs. n. 196/2003 e Ex Regolamento UE 2016/679, la Dirigente, in qualità di legale rappresentante dell'I.C. Forte dei Marmi esercita la titolarità del trattamento dei dati personali, ha designato il Dott.ssa Valentina Groppi in qualità di Psicologa Esperto esterno all'Istituto, quale soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali necessario per il corretto e necessario svolgimento delle attività disciplinate dal contratto stipulato tra l'istituto e la Dott.ssa Groppi.

Forte dei Marmi 18/12/2023

Il Professionista

F.to Dott.ssa Valentina Groppi

firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del d.lgs. n. 39/1993

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

I MODULI DEVONO ESSERE COMPILATI DA ENTRAMBI I GENITORI O ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
CF N° Documento identità.....
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/a possa accedere alle prestazioni
professionali rese dalla Dott.ssa Valentina Groppi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

.....

Il Sig. padre del minorene.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
CF N° Documento identità.....
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/a possa accedere alle prestazioni
professionali rese dalla Dott.ssa Valentina Groppi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

.....

PERSONE SOTTO TUTELA

LaSig.ra/IlSig.....
nata/o a..... il ___/___/___
Tutore del minorene.....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 Valentina Groppi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

.....