



Ministero dell'Istruzione



Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia

Ufficio IX Ambito Territoriale Provinciale di Ragusa

Istituto Comprensivo Statale "Don Lorenzo Milani"

Via Biancospino s.n. – 97018 SCICLI (RG)

C.F.: 90012170883 - Cod. Mecc.: RGIC81200V - Tel.: +390932832609 Fax.: 1782714396

PEO: rgic81200v@istruzione.it - PEC: rgic81200v@pec.istruzione.it

Sito internet www.donmilaniscicli.edu.it

CIRCOLARE N.78

I.C. "DON MILANI" - SCICLI
Prot. 0007897 del 22/11/2023
V (Uscita)

Ai Docenti
Ai genitori
Agli alunni,
al Personale ATA
All'albo

OGGETTO: Attivazione dello "Sportello di Ascolto Psicologico".

Si comunica che a partire da giorno 23 novembre 2023, presso la nostra scuola, sarà attivato lo "Sportello di Ascolto Psicologico" gratuito per studenti, genitori e personale di tutto l'Istituto, al fine di offrire un supporto psicologico a coloro che ne abbiano bisogno, aiutandoli a gestire al meglio eventuali difficoltà personali o scolastiche.

Lo sportello sarà gestito dalla dott.ssa Michela Rizzo Pinna, psicologa e psicoterapeuta e sarà rivolto a chiunque ne faccia specifica richiesta.

I minorenni potranno accedere allo Sportello unicamente se in possesso di autorizzazione rilasciata da entrambi i genitori sulla modulistica opportunamente predisposta (MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO).

Per prenotare un incontro si potrà scrivere a sportelloascolto@donmilaniscicli-dad.education o al numero whatsapp 338-2181652 o si potrà inserire nella scatola presente presso la bidelleria della sede centrale un biglietto contenente il proprio nome, cognome, numero di telefono e classe di appartenenza.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Carmela Paolino

Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

**MODULO DI AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO
DEL MINORE**

AL SERVIZIO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Alla Dirigente Scolastica
I.C. "DON MILANI"
SCICLI

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____

il _____ identificato tramite documento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

La sottoscritta (nome e cognome) _____ nata a _____

il _____ identificata tramite documento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

rispettivamente _____ padre _____ e _____ madre _____ dell'alunno/a
_____ frequentante la classe/sezione _____ della

scuola primaria/ secondaria, in virtù della potestà genitoriale e di un'adeguata informazione
sui contenuti e finalità del Servizio "Sportello d'Ascolto"

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire dello Sportello di Ascolto, tenuto dal Dott.ssa Michela Rizzo
Pinna e sono informati che:

- è una consulenza gratuita, finalizzata a costruire un'opportunità per favorire delle riflessioni negli studenti;
- costituisce un momento di promozione del benessere psicofisico degli studenti;
- costituisce un momento di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
- si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- il trattamento dei dati avviene secondo procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di chiarimento e di aiuto per chi affluisce allo sportello;
- lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

Scicli, _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____