



Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "N. PIZI"

Liceo Classico – Liceo Scientifico- Liceo Artistico

Via San Gaetano s.n.c. – 89015 PALMI (RC) Distretto XXXIV - C.F. 91006650807 – C.M. RCIS019002

Segreteria/Sede Amm. Tel. 0966/46103 - Liceo Classico 0966/22704 - Liceo Artistico 0966/22791

Sito web: www.liceopizipalmi.edu.it e-mail: rcis019002@istruzione.it PEC: rcis019002@pec.istruzione.it

Prot. n° vedi segnatura a margine

Alle Studentesse e agli Studenti
Alle Famiglie
Ai Docenti
Al DSGA
Al sito WEB

Comunicazione n°162

Oggetto: **Attivazione sportello Ascolto Psicologico e di Counselling.**

Il benessere psicologico dell'alunno e la prevenzione del disagio giovanile nel contesto scolastico rappresentano uno degli obiettivi che questo Istituto persegue ed un elemento di qualità che lo contraddistingue.

Si comunica che è stato attivato, anche per questo anno scolastico, un servizio di supporto psicologico e counselling curato da un esperto regolarmente iscritto all'Albo, che avrà inizio a partire da **SABATO 26 febbraio 2022** fino al termine delle attività didattiche. Nell'ambito di tale attività è previsto anche uno sportello d'ascolto che offrirà all'utenza l'opportunità di usufruire della consulenza psicologica all'interno dell'istituto in presenza e/o in modalità online nel periodo di Didattica Digitale Integrata/Didattica a Distanza.

Gli interessati potranno accedere al colloquio inviando una email per la prenotazione al seguente indirizzo sportelloascolto@liceopizipalmi.edu.it entro il **GIOVEDÌ** antecedente l'incontro.

Gli incontri si effettueranno secondo la seguente modalità:

durante le attività Didattiche in Presenza - **ogni SABATO dalle 09:00 alle 12:00.**

durante le attività Didattiche a Distanza/Didattica Digitale Integrata - **ogni SABATO dalle 09:00 alle 12:00.**

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

(a) tipologia d'intervento

la prestazione che verrà offerta all'alunno/a e/o al gruppo classe è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico e relazionale, al sostegno dei processi di sviluppo, alla prevenzione di situazioni di rischio, dispersione scolastica e disagio socio-affettivo, attraverso un momento qualificante di ascolto, avvalendosi dell'osservazione e del colloquio come principali strumenti conoscitivi e di intervento;

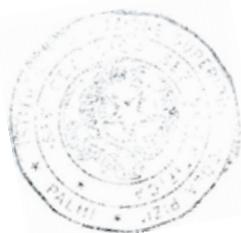
(b) modalità organizzative

il numero degli incontri con l'alunno/a potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3; la durata del colloquio varierà da un minimo di 30 minuti ad un massimo di 60 minuti a seconda delle necessità. Il numero e la durata delle attività con il gruppo classe non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi, frequenza e tempi della prestazione;

(c) limiti

la prestazione professionale fornita non ha finalità diagnostiche e psicoterapeutiche; lo Specialista valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce all'alunno/a le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi, previo consenso degli esercenti la responsabilità genitoriale (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

Per la partecipazione allo svolgimento delle attività degli interessati, Il modulo di richiesta, allegato alla presente e reperibile sul sito alla sezione "Modulistica" del sito WEB dell'Istituto, dovrà essere inviato all'indirizzo email sportelloascolto@liceopizipalmi.edu.it e debitamente compilato, firmato e corredato da copia/e documento/i di riconoscimento in corso di validità.



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Domenica Mallamaci

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 101/2018

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa che, secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.

1. **Finalità del trattamento:** La informiamo che i dati personali verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell'interesse e nella tutela dell'alunno/a interessato. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Casile presso lo Sportello di Ascolto avviato nell'Istituto d'Istruzione Superiore "N. Pizi" nei confronti degli alunni che frequentano la stessa. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per la Dott.ssa Casile di prestare il servizio di Sportello Psicologico Scolastico all'alunno/a. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e si articola in una consulenza psicologica breve (un massimo di tre colloqui) o in attività rivolte al gruppo classe.

2. **Modalità del trattamento:** Il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l'adempimento delle sopra descritte finalità. Il trattamento dei dati personali viene effettuato direttamente dalla Dott.ssa Casile sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti garantendo adeguate misure di sicurezza, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

3. **Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso:** I dati personali potranno essere comunicati/trasferiti a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell'esclusivo interesse del soggetto.

4. **Titolare e Responsabile del trattamento dei dati** è la **Prof.ssa Maria Domenica Mallamaci**.

5. **Diritti dell'interessato:** Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 21 del GDPR e D.Lgs. 101/2018.

Modulo di richiesta – Ascolto Psicologico e di Counselling – a.s. 2021-22

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

Per la partecipazione allo svolgimento delle attività degli interessati, Il modulo di richiesta, allegato alla presente, dovrà essere inviato all'indirizzo email sportelloascolto@liceopizipalmi.edu.it e debitamente compilato, firmato e corredato da copia/e documento/i di riconoscimento in corso di validità.

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene.....
frequentante il Liceo..... classesezione.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato nel modulo di consenso e nell'informativa di consenso al trattamento dei dati e qui sopra riportati e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso

- affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott.ssa Casile presso lo Sportello di Ascolto.
- al trattamento dei dati del minore necessari per lo svolgimento delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Casile presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorene.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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 dal **dott.ssa Casile** presso lo Sportello di Ascolto.
- al trattamento dei dati del minore necessari per lo svolgimento delle prestazioni professionali rese dal **dott.ssa Casile** presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori (ALLEGARE COPIA FIRMATA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO) e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente frequentante il Liceo classe sezione..... dichiara di aver compreso quanto illustrato nel modulo di consenso e nell'informativa al trattamento dei dati e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso

per avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla **dott.ssa Casile** presso lo Sportello di Ascolto.
 al trattamento dei dati necessari per lo svolgimento delle prestazioni professionali rese dalla **dott.ssa Casile** presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data Firma

Il presente modulo firmato vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___
Tutore del minorente frequentante il
Liceo..... classesezione.....in ragione di
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
.....
residente a
in via/piazzan.....
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 dal **dott.ssa Casile** presso lo Sportello di Ascolto.
 al trattamento dei dati del minore necessari per lo svolgimento delle prestazioni professionali rese dal **dott.ssa Casile** presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data Firma del tutore

Il presente modulo firmato vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.