



Istituto Comprensivo Statale "Rita Levi Montalcini"

Via Fontanella 2 - 63821 Porto Sant'Elpidio (FM) - Tel. +39 0734 992287 - Fax +39 0734 801181

E-mail: apic83600e@istruzione.it - PEC: apic83600e@pec.istruzione.it

Cod.Fisc. 90055060447 - Cod.Univoco fatturazione elettronica UF15IP

sito web: www.iscmontalcini.edu.it



Porto Sant'Elpidio, data del protocollo

Ai Docenti
Ai Genitori
Ai Collaboratori Scolastici
della SCUOLA PRIMARIA
ISC. "Rita Levi Montalcini"
Al sito web

Oggetto: Attivazione Sportello di Ascolto a.sc. 2023/24.

Si informano le SS.LL che, da **novembre 2023**, sarà attivato lo "Sportello di Ascolto" a cui potranno rivolgersi, in modo gratuito, i docenti ed i genitori della SCUOLA PRIMARIA.

Lo Sportello di Ascolto sarà gestito dal Dott. Splendiani Marco, Psicologo (iscrizione Albo Psicologi Regione Marche n. 2507). Il servizio rappresenta uno spazio di ascolto e accoglienza in cui poter affrontare eventuali difficoltà che normalmente possono insorgere durante la crescita e far emergere le risorse personali, allo scopo di promuovere il benessere della persona.

Lo psicologo scolastico è un professionista tenuto al segreto professionale, che offre le sue competenze in uno spazio dedicato all'incontro e al confronto. Il colloquio, che si svolge all'interno dello Sportello d'Ascolto, non ha fini terapeutici: lo psicologo, dunque, non fa diagnosi e non cura, ma aiuta ad individuare i problemi e le possibili soluzioni, collaborando con la Scuola, in un'area psicopedagogica di intervento.

COME ACCEDERE AL SERVIZIO

I colloqui si svolgeranno in presenza o a distanza, attraverso piattaforma MEET. Per richiedere un appuntamento, genitori ed insegnanti della Scuola dovranno inviare una mail, inserendo in ALLEGATO IL MODULO "CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO IN AMBITO SCOLASTICO", che si trova di seguito, compilato in ogni sua parte e firmato con la richiesta di colloquio, all'indirizzo: m.splendiani@gmail.com

Verrà poi concordato un appuntamento con il professionista.

I collaboratori scolastici in servizio, qualora l'alunno dovesse incontrare lo psicologo, lo preleveranno dalla relativa classe per accompagnarlo nella stanza dedicata al colloquio, al termine del quale lo accompagneranno nuovamente in classe.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Lucia Vagnoni

Firma autografa sostituita da indicazioni a mezzo stampa,
ai sensi dell'art. 3, c. 2, D.Lgs. 12/02/1993 n. 39.



Istituto Comprensivo Statale "Rita Levi Montalcini"

Via Fontanella 2 - 63821 Porto Sant'Elpidio (FM) - Tel. +39 0734 992287 - Fax +39 0734 801181

E-mail: apic83600e@istruzione.it - PEC: apic83600e@pec.istruzione.it

Cod.Fisc. 90055060447 - Cod.Univoco fatturazione elettronica UF15IP

sito web: www.iscmontalcini.edu.it



CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO IN AMBITO SCOLASTICO

Il Dott. Splendiani Marco, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi delle Marche n. 2507, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico "R. L. Montalcini", fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni verranno potranno essere svolte in presenza o online. La prestazione che verrà resa è una consulenza psicologica, finalizzata alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico, come da specifica "Informativa per le attività svolte da psicologi presso la Scuola" ricevuta. A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico; la prestazione non è una psicoterapia;
- 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.ordinepsicologimarche.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)¹ e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- Le prestazioni concordate non comportano costi a vostro carico e nessuno potrà chiedervi un corrispettivo economico per la prestazione.

¹ Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, riguardante "le regole generali per il trattamento dei dati", si informa che i dati personali forniti verranno acquisiti nell'ambito del servizio di sportello di ascolto scolastico.

I dati saranno raccolti e trattati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, esclusivamente per le finalità ad esso connesse, ovvero per dare esecuzione agli obblighi previsti dalla Legge. Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico.



Istituto Comprensivo Statale "Rita Levi Montalcini"

Via Fontanella 2 - 63821 Porto Sant'Elpidio (FM) - Tel. +39 0734 992287 - Fax +39 0734 801181

E-mail: apic83600e@istruzione.it - PEC: apic83600e@pec.istruzione.it

Cod.Fisc. 90055060447 - Cod.Univoco fatturazione elettronica UF151P

sito web: www.iscmontalcini.edu.it



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

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
 nata 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 dal dott. Splendiani Marco, presso lo Sportello di ascolto.
 Cellulare _____ Mail _____

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre 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 dal dott. Splendiani Marco, presso lo Sportello di ascolto.
 Cellulare _____ Mail _____

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ___/___/_____
 Tutore del minore _____ in ragione di _____
 _____ (indicare provvedimento, Autorità emanante, data 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 dal dott. Splendiani Marco, presso lo Sportello di ascolto.

Cellulare _____ Mail _____

Luogo e data _____ Firma del tutore _____