



Prot.n. 290/C-1

Modugno, 18-01-2021

Ai docenti
Agli studenti
Alle famiglie
Alla dott.ssa F. Colella
Al Dsga

OGGETTO: SUPPORTO PSICOLOGICO PER PERSONALE SCOLASTICO, STUDENTI, FAMIGLIE
A.S. 2020/21

LA SCUOLA SECONDARIA di primo grado Casavola-D'Assisi ha aderito all'iniziativa promossa dal Ministero dell'Istruzione in base al protocollo di intesa siglato con il Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP) attivando **supporto psicologico** rivolto al **personale scolastico, agli studenti e alle famiglie**.

Lo sportello d'ascolto è gestito dalla psicologa, Dott.ssa Francesca Colella.

Il servizio di supporto psicologico è finalizzato alla prevenzione dell'insorgenza di forme di disagio e/o malessere psico-fisico legate all'attuale situazione di emergenza.

Le attività dello sportello si espliciteranno in:

- colloqui individuali di **supporto per personale scolastico, studenti, genitori**.

Per accedere allo sportello psicologico, è necessario inviare un'email di prenotazione alla psicologa, dott.ssa Francesca Colella: **dr.ssafrancescacolella@gmail.com**.

Per il mese di gennaio gli incontri si svolgeranno online secondo il calendario di seguito riportato, utilizzando la piattaforma Google Meet in videoconferenza attraverso un link che verrà inviato dalla dott.ssa qualche minuto prima dell'incontro prenotato.

Contestualmente alla prima prenotazione sarà necessario inviare anche la documentazione qui allegata e presente anche sul sito di istituto. Per i minori è necessario che i documenti (modulo di consenso) siano firmati da entrambi i genitori, scannerizzati, corredati da copia dei documenti di identità e inviati per mail. Risulta inoltre necessario che vengano forniti il numero di telefono e l'indirizzo mail a cui inviare il link.

Si forniscono le seguenti disponibilità orarie (passibili di modifiche in itinere a seconda delle necessità degli utenti):

DATA	ORARIO	N° ORE
20/01/2021	15.00-17.00	2
21/01/2021	11.00-13.00	2
22/01/2021	15.00-17.00	2
23/01/2021	9.00-13.00	4
25/01/2021	15.00-17.00	2
26/01/2021	11.00-13.00	2
27/01/2021	15.00-17.00	2
29/01/2021	9.00-13.00	4
		TOTALE ORE: 20

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Anna Maria Salinaro

Anna Maria Salinaro

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO

SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Francesca Colella Psicologa, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 2482

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico Scuola secondaria di primo grado Casavola-D'assisi fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso _____ (indicare il luogo nel quale saranno rese le prestazioni professionali qualora l'attività sia svolta in presenza)
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento *WhatsApp, Google, Google Meet o altro* previo appuntamento via mail e invio della modulistica di autorizzazione richiesta. Durante il collegamento deve essere garantito che non siano presenti terze persone e che il colloquio non sia registrato. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento sportello d'ascolto psicologico
 - b) modalità organizzative colloqui on-line e/o in presenza previa prenotazione
 - c) scopi: **benessere psicologico, sostegno emotivo, supporto alle pratiche educative e didattiche**
 - d) durata delle attività: **anno scolastico 2020/2021**
- La/Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani
- 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), consultabile sul sito della Scuola, il cui titolare del trattamento dati è il Dirigente Scolastico.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, inviandolo firmato e scansionato, all'indirizzo mail francesca.colella81@libero.it allegando copia/e documenti di identità (in un unico file).

PER GLI ALUNNI

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/dalla dott./dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

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/dalla dott./dott.ssa Francesca Colella presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma _____ del _____ padre

PER I GENITORI/INSEGNANTI

L'insegnante/ Il genitore _____ 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 avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa Francesca Colella presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma _____