



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA XVI SETTEMBRE"

Via XVI Settembre, n. 17 – 00053 Civitavecchia (RM) - Tel. 0766/23270 – Fax 0766/580187

C.M. RMIC8GQ00R – C.F. 91064900581 - www.comprendivocivitavecchia1.gov.it

RMIC8GQ00R@istruzione.it – RMIC8GQ00R@pec.istruzione.it

Civitavecchia, 09 dicembre 2020

CIRCOLARE N. 101

Ai docenti
Al personale ATA
Alle famiglie
Al sito web

AVVISO ALLE FAMIGLIE E AL PERSONALE

OGGETTO: PROGETTO DI CONSULENZA PSICOLOGICA PER LA COMUNITA' SCOLASTICA

Si informano le famiglie ed il personale in servizio presso la nostra istituzione scolastica che a partire dal 10 dicembre sarà attivato un servizio di consulenza psicologica ai tempi del Covid-19 per alunni, genitori, docenti, personale ATA, ai sensi della Nota n. 36267 del 30-11-2020, gestita dalla Dottoressa EMANUELA PERONI, regolarmente iscritta all'ordine degli Psicologi del Lazio in data 26-11-2012 con n. 19567.

Le prestazioni saranno rese presso le singole sedi scolastiche secondo calendario predisposto dalla psicologa e saranno organizzate come di seguito:

a) tipologia di intervento:

colloqui individuali per alunni;

colloqui individuali e/o di coppia per genitori;

colloqui individuali per il personale;

attività di gruppo-classe per gestione dinamiche relazionali.

b) modalità organizzative: colloqui individuali principalmente in orario scolastico (vedi calendario allegato);

c) scopi: promuovere la conoscenza e la consapevolezza dei propri comportamenti, pensieri ed emozioni, favorire il benessere e intervenire in situazioni di disagio;

d) limiti: trattasi di una consulenza psicologica finalizzata alla consapevolezza e alla risoluzione della problematica diversa da un intervento psicoterapeutico;

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.ordinepsicologilazio.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.

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

Il Professionista

CALENDARIO CONSULENZA PSICOLOGICA (per il mese di dicembre)

GIORNO	ORARIO
Giovedì 10 DICEMBRE	Dalle ore 9.00 alle ore 13.00
Lunedì 14 DICEMBRE	Dalle ore 9.00 alle ore 13.00
Giovedì 17 DICEMBRE	Dalle ore 9.00 alle ore 13.00
Martedì 22 DICEMBRE	Dalle ore 9.00 alle ore 13.00

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

PERSONALE SCUOLA E/O GENITORI

Il Sig./sig.ra..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Emanuela Peroni in piattaforma teams.

Luogo e data

Firma

Da inoltrare alla mail del professionista:

emanuelaperoni81@gmail.com

ALUNNI

La Sig.ra nata a il ____/____/____

e residente a

in via/piazzan.....

madre dell'alunno.....classe.....Plesso.....

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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa PERONI EMANUELA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. nato a il ____/____/____

e residente a

in via/piazzan.....

padre dell'alunno.....classe..... Plesso.....

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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa PERONI EMANUELA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000 dichiara di aver concesso l'autorizzazione sopra riportata in accordo con il secondo genitore, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337ter, 337 quater del C.C. che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega copia del documento del dichiarante.

Luogo e data

Firma del genitore

Da consegnare al coordinatore di classe