



SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

"ILLUMINATO - CIRINO"

Via Cesare Pavese – 80018 Mugnano di Napoli

Tel. 081-5710392/93/94/95 – Fax 081-5710358

Cod. Min. **NAMM0A000L** - C.F. **95186820635**



PEO: [namm0a000l@istruzione.it](mailto:namm0a000l@istruzione.it) PEC: [namm0a000l@pec.istruzione.it](mailto:namm0a000l@pec.istruzione.it)

sito web: [www.illuminatocirino.edu.it](http://www.illuminatocirino.edu.it)

## Comunicazione n. 47

S.S.P.G. "ILLUMINATO - CIRINO"  
MUGNANO DI NAPOLI (NA)  
Prot. 0003513 del 10/12/2020  
08 (Uscita)

- Alle alunne e agli alunni e alle loro famiglie
  - Al personale docente
  - Alla DSGA
  - Al personale ATA
- All'Albo on line - Sito web

### OGGETTO: attivazione sportello di ascolto psicologico a.s. 2020/2021

Si comunica che dall'11 dicembre 2020, presso il nostro Istituto, verrà attivato lo **Sportello di Ascolto e Consulenza Psicologica** gestito dalla **dott.ssa Angela Montieri**, Psicologa e Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale e Familiare, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania con n. 4372 e selezionata mediante un avviso pubblico.

Lo sportello è parte integrante di un progetto più ampio dal titolo "*Lontani per sentirsi più vicini*" e nasce dal bisogno di istituire uno spazio di accoglienza rilevato dal Consiglio Nazionale Ordine Psicologi e dal MIUR per contrastare gli effetti psicologici devastanti che la pandemia COVID-19 ha avuto sulla nostra psiche. Il progetto vuole offrire la possibilità di poter elaborare vissuti e sentimenti negativi legati all'esperienza del COVID-19 e altresì fornire gli strumenti necessari per provare a vivere una vita più libera e creativa nonostante le difficoltà del momento.

*Esso si configura come uno spazio ed un tempo dedicato alle alunne e agli alunni della scuola, alle loro famiglie, ai docenti e a tutto il personale scolastico in cui ognuno potrà prendersi, con amore, cura di sé stesso e delle proprie relazioni al fine di trasformare il triste momento storico che stiamo vivendo in un'opportunità di crescita.*

Un'iniziativa che, pur nascendo da un tema specifico il COVID-19, ha anche lo scopo di prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psicofisico in generale e allo stesso tempo di promuovere il benessere psicologico e relazionale. Pertanto potrà accedere allo spazio Ascolto anche chiunque senta dentro di sé la spinta a voler migliorare la qualità della propria vita, il rapporto con se stesso e con gli altri sia che si trovi in condizioni di normalità che di patologia. La scuola infatti intende offrire con l'attivazione di questo sportello la possibilità di poter sperimentare un incontro diverso con l'altro, l'esperto psicologo, che con tutte le misure di sicurezze da adottare, può essere esperito come opportunità di contagio positivo, di fiducia, di aiuto, di competenza, di comprensione e vicinanza emotiva.

**Lo sportello Ascolto sarà attivo nei mesi di dicembre nelle seguenti giornate:**

- **Venerdì 11 dicembre, dalle ore 09:00 alle 13:00 presso la sede Illuminato di via C. Pavese;**
- **Venerdì 18 dicembre, dalle ore 09:00 alle 13:00 presso la sede Cirino di via Murelle;**
- **Mercoledì 23 dicembre, dalle ore 09:00 alle 13:00 presso la sede Illuminato di via C. Pavese.**

Sarà, inoltre, possibile accedere ad un incontro con la dottoressa in presenza oppure online, mediante l'app “*Meet*” di Google, previa prenotazione all’indirizzo mail appositamente creato: [sportelloascolto.20.21@gmail.com](mailto:sportelloascolto.20.21@gmail.com) . Inoltre potranno accedere allo sportello Ascolto solo gli alunni che verranno autorizzati da entrambi i genitori mediante la compilazione del MODULO DEL CONSENSO INFORMATO, allegato alla presente.

Il Dirigente Scolastico

Vincenzo Somma

Firma autografa omessa ai sensi  
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO  
SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO  
SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO “ILLUMINATO – CIRINO”  
di MUGNANO di NAPOLI**

La sottoscritta Dott.ssa Angela Montieri, Psicologa/Psicoterapeuta Sistemico/Relazionale e Familiare, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Campania n. 4372, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l’Istituto Scolastico Scuola secondaria di primo grado “Illuminato – Cirino” di Mugnano di Napoli fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso:
  - la sede Illuminato di via C. Pavese;
  - la sede Cirino di via Murelle;
- Le prestazioni verranno svolte anche attraverso l’uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di *e-health* di carattere psicologico anche per coloro che si trovano in condizioni di quarantena o di isolamento fiduciario o che semplicemente prediligono il canale on line. In particolare, verrà utilizzato lo strumento della videochiamata attraverso l’applicazione Google Meet a patto che vengano garantite le condizioni di *sicurezza e riservatezza del setting e rispettato il divieto di registrare le sedute*. 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:  
il colloquio psicologico
  - b) modalità organizzative:  
la dottoressa riceverà solo su appuntamento e sarà possibile inviare richiesta di prenotazione di un primo colloquio scrivendo al seguente indirizzo di posta elettronica dedicato:  
[sportelloascolto.20.21@gmail.com](mailto:sportelloascolto.20.21@gmail.com)
  - c) scopi:
    - fornire un supporto psicologico agli alunni, ai loro genitori, ai docenti e al personale scolastico al fine di promuovere il benessere psicologico individuale e modalità relazionali familiari, scolastiche e lavorative più funzionali.
    - agire sia in ottica preventiva che di intervento in caso di disagio personale o relazionale derivanti dall’emergenza COVID-19 o da altri fattori scatenanti.
    - fornire sostegno ai docenti e al personale scolastico nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici legati al COVID-19 o ad altro.

- favorire la conoscenza di sé stessi, promuovere la crescita emotiva e migliorare la qualità della propria vita
- d) limiti: potranno accedere allo sportello Ascolto solo gli alunni che verranno autorizzati da entrambi i genitori mediante la compilazione del MODULO DEL CONSENSO INFORMATO.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile online sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo <https://www.psicamp.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) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

**La Professionista**

**Dott.ssa Angela Montieri**

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO  
APPROPRIATO**

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente/ 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 dalla dott.ssa Angela Montieri presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre del minore  
\_\_\_\_\_ che frequenta la classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_  
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 dalla 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 \_\_\_\_\_ che  
frequenta la classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_  
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 dalla dott.ssa Angela Montieri 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 \_\_\_\_\_

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La \_\_\_\_\_ Sig.ra/Il \_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_ nata/o \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tutore del minore \_\_\_\_\_ che frequenta la classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_ 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 dalla dott.ssa Angela Montieri 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 tutore \_\_\_\_\_