



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**



Unione europea
Fondo sociale europeo

PEO: namm0a000l@istruzione.it PEC: namm0a000l@pec.istruzione.it

sito web: www.illuminatocirino.edu.it

Comunicazione n. 101

S.S.P.G. "ILLUMINATO - CIRINO"
MUGNANO DI NAPOLI (NA)
Prot. 0001579 del 26/02/2021
04-08 (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: Sportello di ascolto psicologico a.s. 2020/2021

Come già informato in una precedente comunicazione, dall'11 dicembre 2020, presso il nostro Istituto, è attivo 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, che è parte integrante di un progetto più ampio dal titolo "*Lontani per sentirsi più vicini*", nasce dal bisogno di istituire uno spazio di accoglienza all'interno dell'istituto e per contrastare gli effetti psicologici devastanti che la pandemia COVID-19 ha avuto sulla psiche sia degli alunni e dei loro familiari che del personale tutto. Il progetto vuole infatti 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.

Attraverso lo Sportello di Ascolto e Consulenza Psicologica si intende offrire 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 un'opportunità di aiuto, di competenza, di comprensione e vicinanza emotiva al fine di prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psicofisico, in particolare nei nostri alunni e nelle nostre alunne, e in generale di promuovere il benessere psicologico e relazionale di tutte le persone che vivono la scuola.

Pertanto, si invitano e si sollecitano le SS. LL. a cogliere questa opportunità e ad usufruire dello spazio d'ascolto. Si ricorda, inoltre, che la dott.ssa Angela Montieri è disponibile anche ad effettuare consulenze online, mediante l'app "*Meet*" di Google, previa prenotazione all'indirizzo mail appositamente creato: sportelloascolto.20.21@gmail.com.

Si rammenta, infine, che 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
SPORTELLO 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
 - 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 _____