



## I.I.S. "G. D'ALESSANDRO"

Circ. n. 220

Bagheria, 22/12/2020

Agli allievi  
Ai genitori  
Ai docenti  
Al personale ATA

### Oggetto: **Help! sportello di ascolto psicologico**

Calendario - Modalità di prenotazione appuntamento - Informativa privacy e Consenso

Si rende noto che, **a partire da oggi 23 dicembre 2020**, è attivo uno sportello di ascolto psicologico condotto dalla psicologa dott.ssa Giuseppa Giannone e rivolto a allievi, genitori, docenti e personale ATA.

La presenza dello sportello di ascolto psicologico è una grande occasione e opportunità per rispondere anche a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19, per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, di difficoltà relazionali, di traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico.

Per il mese di dicembre lo sportello sarà condotto nei giorni di seguito indicati:

Giorno	Data	Orari
Mercoledì	23/12/2020	Dalle ore 15:00 alle ore 19:00
Lunedì	28/12/2020	Dalle ore 15:00 alle ore 19:00
Martedì	29/12/2020	Dalle ore 9:00 alle ore 14:00
Mercoledì	30/12/2020	Dalle ore 15:00 alle ore 19:00
Giovedì	31/12/2020	Dalle ore 9:00 alle ore 14:00

L'allievo, il genitore, i membri del personale scolastico che volessero effettuare un colloquio telefonico o su Meet dovranno inviare una richiesta compilando il modulo google accessibile cliccando sul seguente link <https://forms.gle/oLoGwftBevWVdBeC7>

La dott.ssa Giannone vi contatterà per concordare il giorno dell'incontro, l'orario e la modalità preferita e più opportuna.

Si allegano

- consenso informato per prestazioni di consulenza presso lo sportello di ascolto scolastico
- modulistica che la persona assistita dovrà sottoscrivere e inviare alla dott.ssa Giannone prima del colloquio.

(Prof.ssa Angela Troia)

*Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.lgs. 82/2005 ss.mm.ii.  
e norme collegate e sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa*



## I.I.S. "G. D'ALESSANDRO"

Allegato alla circ. n. 220 del 22/12/2020

### CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa Giannone Giuseppa, Psicologa e Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia col numero 5463 sez. A, dal 24/05/2010, mail: [giusi.giannone74@gmail.com](mailto:giusi.giannone74@gmail.com), pec: [giuseppa.giannone.648@psypec.it](mailto:giuseppa.giannone.648@psypec.it), cell: 3312307190, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola I.I.S. "G. D'Alessandro" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese attraverso differenti modalità: presso la sede dell'I.I.S. "G. D'Alessandro", in modalità online mediante la piattaforma "Meet", mediante contatto telefonico.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

**(a) tipologia d'intervento:** colloqui di *counseling* e supporto psicologico in *setting* duale (psicologo e utente), incontri di gruppo (preferibilmente gruppo classe) in cui lo psicologo assume il ruolo di facilitatore della comunicazione e di supporto nella gestione dello stress, dei conflitti etc...

**(b) modalità organizzative:**

- L'allievo, il genitore, i membri del personale scolastico che volessero effettuare un colloquio telefonico o su Meet dovranno inviare una richiesta compilando il modulo google accessibile cliccando sul seguente link <https://forms.gle/oLoGwftBevWVdBeC7>  
La psicologa vi contatterà per concordare il giorno dell'incontro, l'orario e la modalità preferita e più opportuna;
- Gli incontri di gruppo all'interno delle classi saranno concordati con gli insegnanti.

**(c) scopi:**

**Allievi**

- Esplorare i vissuti (singoli e gruppal) conseguenti al periodo pandemico e i meccanismi di difesa attivati per fronteggiare gli eventi
- Migliorare l'autostima, l'autoefficacia e la motivazione dei ragazzi, la loro capacità di aderire al principio di realtà, di valutare e attribuire significato alle variabili contestuali.
- Promuovere il valore della solidarietà e della condivisione del dolore in tutte le sue sfaccettature
- Valorizzare le risorse personali dei soggetti coinvolti;

**Genitori e Personale Scolastico:**

- Co-costruire strategie adeguate per fronteggiare le difficoltà sperimentate nel periodo pandemico proprie e dei figli/allievi.
- Aumentare la conoscenza sulla criticità del periodo adolescenziale e dei possibili disagi che lo caratterizzano.
- Offrire un supporto per una appropriata interpretazione e gestione del disagio e delle situazioni a "rischio" dei figli/ alunni.
- Promuovere l'assunzione di atteggiamenti e relazioni appropriate verso l'alunno e la famiglia, con modificazioni positive ed efficaci della comunicazione in classe.

**(d) limiti:** il limite di tempo dell'intervento è di 40 ore complessive.

**(e) durata delle attività:** 40 ore complessive, metà delle quali da effettuare entro il 31/12/2020;

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 <https://www.oprs.it>



### I.I.S. "G. D'ALESSANDRO"

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 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.

**Il Professionista (firma)**

#### PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

##### **MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

##### **MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenne..... nata a

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e ..... residente a

in ..... via/piazza .....n.....

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 dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

### I.I.S. "G. D'ALESSANDRO"

Il Sig. ....padre del  
minorenne.....  
nato a  
.....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a  
.....  
in via/piazza  
.....n.....  
.....  
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 dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.  
Luogo e data Firma del padre

#### **PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o  
a..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento,  
Autorità emanante, data numero)  
.....  
residente a  
.....  
...  
in via/piazza  
.....n.....  
.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista 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. ....presso lo Sportello di ascolto.  
Luogo e data Firma del tutore