



Ministero dell' Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPrensivo PIAZZA DE CUPIS
Piazza Cesare De Cupis, 20 -00155 Roma Tel. 062280672 Fax 0622773406
e-mail RMIC8E0001@ISTRUZIONE.IT- pec RMIC8E0001@PEC.ISTRUZIONE.IT
C.F.:97713560585-C.U.: UFG3NS

Alle famiglie dell'IC Piazza De Cupis

A tutto il Personale

Alle Referenti del plesso

Al Registro Elettronico

Al Sito

Circolare 111

Oggetto: Attivazione Sportello di Ascolto

Si comunica che a partire da mercoledì 29 novembre 2023 sarà nuovamente attivato lo Sportello di Ascolto per gli alunni della Scuola Secondaria di I grado, per il personale scolastico e per tutte le famiglie dell'Istituto.

Lo sportello di ascolto, gestito dalla psicologa-psicoterapeuta Dott.ssa Ilaria Saponaro, offre uno spazio di accoglienza e di orientamento, con l'intento di rispondere ai vari disagi e di favorire un clima di cooperazione scuola-famiglia.

Si rivolge:

➤ alle alunne e agli alunni della Scuola Secondaria, per interventi di ascolto e supporto in caso di disagio emotivo e relazionale o per difficoltà relative al percorso scolastico, con particolare attenzione alle situazioni a rischio di abbandono/insuccesso;

➤ ai genitori tutti, per interventi di ascolto e sostegno genitoriale, al fine di rafforzare le capacità di resilienza e promuovere le risorse utili ad affrontare situazioni di disagio nei contesti scolastico, familiare e sociale;

➤ al personale scolastico, per interventi di ascolto e consulenza finalizzati a fornire strumenti per la gestione delle relazioni nell'ambito scolastico.

Come richiedere appuntamento:

- Alunne e alunni, previa autorizzazione dei genitori, possono fare richiesta inserendo un biglietto con nome, cognome e classe nell'apposita "cassetta postale" messa a disposizione dalla scuola
- Genitori e personale scolastico, possono chiedere direttamente appuntamento inviando una mail all'indirizzo sportelloascolto@icdecupis.onmicrosoft.com. Gli appuntamenti si svolgeranno nell'orario dello sportello scolastico, oppure a distanza in giorni e orari da concordare con la dottoressa Saponaro.

Per gli alunni della Secondaria la dott.ssa Saponaro passerà nelle classi a presentarsi e consegnerà l'informativa per le famiglie.

Qualora i genitori intendessero autorizzare i minori agli incontri dello sportello nel corso dell'anno scolastico, dovranno compilare l'informativa che i minori consegneranno direttamente alla psicologa.

Si fa presente che, qualora autorizzati da entrambi i genitori ad accedere al servizio di consulenza, i minori potranno richiedere di essere ascoltati dalla dottoressa Saponaro senza che la stessa ne informi i genitori.

Si allega il modello di consenso informato per i minori e per gli adulti

Roma, 24 novembre 2023

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Lucia De Michele
Firma omessa ai sensi dell'art. 3 d.l. 39/93

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa Iliaria Saponaro, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 19249, iliana.saponaro@gmail.com telefono +393470898559 prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo "Piazza de Cupis" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede della scuola secondaria di I grado;

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

(a) tipologia d'intervento: ascolto, sostegno, consulenza e orientamento;

(b) modalità organizzative: il servizio è curato dalla dott.ssa Iliaria Saponaro, se è il minore a fare richiesta può inserire il proprio nome, cognome e classe frequentata nell'apposita cassetta messa a disposizione dalla scuola. Genitori o docenti possono inviare contattare direttamente la dott.ssa Saponaro ai contatti sopraindicati;

(c) limiti: la prestazione offerta non è una psicoterapia, ma una consulenza psicologica volta a contenere eventuali manifestazioni di disagio e orientare rispetto alle tipologie di intervento più indicate;

(d) scopi: promuovere il benessere e la salute a scuola, prevenire e contrastare il disagio affettivo e relazionale, offrire supporto, consulenza e orientamento rispetto a situazioni che si fa fatica a fronteggiare; raccogliere segnalazioni in merito a bisogni specifici;

(e) durata delle attività: la frequenza dei colloqui sarà valutata in base alla problematica riscontrata ed alla disponibilità del servizio;

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.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....

frequentante la classe sez dell'I.C Piazza De Cupis

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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 Ilaria Saponaro presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenn.....

frequentante la classe sez dell'I.C Piazza De Cupis

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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 Ilaria Saponaro 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 minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....

residente a

in via/piazzan.....

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 dalla dott.ssa Ilaria Saponaro presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore