

FUTURA LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

Ministero dell'Istruzione e
del Merito



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

 <p>IC Piazza De Cupis</p>	<p><i>Ministero dell'Istruzione e del Merito</i> <i>Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio</i> 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</p>	
---	--	---

Alle famiglie degli
studenti/studentesse della Scuola
Secondaria
A tutto il Personale
Alle Referenti del
plesso
Al Registro Elettronico
Al Sito

Circolare 150

Oggetto: Sportello di Ascolto

Si comunica che, a partire dal giorno **mercoledì 29 gennaio 2025**, lo Sportello di Ascolto per gli alunni della Scuola Secondaria di I grado, per il personale scolastico e per tutte le famiglie dell'Istituto, gestito dall'Associazione tra Professionisti LORUSSORIENTA, sarà esercitato dalla psicologa Dott.ssa **Gaia Ninonà**, iscrizione all'albo n° 29666 nella sezione A dell'Albo degli Psicologi della regione Lazio.

Lo Sportello di Ascolto 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 Gaia Ninonà.

Per gli alunni della Secondaria la Dottoressa Gaia Ninonà 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/o psicologa/o. Si fa presente che, qualora autorizzati **da entrambi i genitori** ad accedere al servizio di consulenza, i minori potranno richiedere di essere ascoltati dalla Dott.ssa Gaia Ninonà senza che la stessa ne informi i genitori.

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

Essendo la dottoressa suddetta subentrata alla psicologa precedente, è necessario che anche le famiglie che avessero già autorizzato, compilino nuovamente il consenso informato per i propri figli.

Roma, 24 gennaio 2025

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 Gaia Ninonà, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n° 29666 nella sezione A, e-mail dottorssa.ninona@gmail.com telefono 351 527 0889, 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 Gaia Ninonà, 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 Gaia Ninonà ai contatti sopra indicati;
- (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
minorenne..... frequentante la classe
sez dell'I.C Piazza De Cupis
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/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali
rese dalla dott.ssa GAIA NINONA' presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma della madre

Il Sig.padre del
minorenne..... frequentante la classe
sez dell'I.C Piazza De Cupis
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
dalla dott.ssa GAIA NINONA' 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 dalla dott.ssa GAIA NINONA' presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore