



REGIONE
LAZIO



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE CERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "NETTUNO III"

Via OLMATA, 86 00048 NETTUNO ☎ 06 9881356 fax 06 98600505
C.F. 97713050587

✉ rmic8d2002@istruzione.it - rmic8d2002@pec.istruzione.it

AI DOCENTI DI TUTTI GLI ORDINI

ALLE FAMIGLIE

AL DSGA

PERSONALE ATA

Circ. n. 114

OGGETTO: Incontro classi con la Psicologa

Nell'ambito del progetto "A Scuola si sta bene" reso possibile dai fondi stanziati dal Ministero dell'Istruzione per supportare le scuole con sportelli d'Ascolto, a sostegno delle emerse fragilità dovute al momento storico nevralgico, la Dott.ssa Emanuela Lopez, psicologa e psicoterapeuta, di comprovata esperienza terrà degli incontri di sostegno formativo rivolto alle classi prime e seconde della scuola secondaria di primo grado e quarte e quinte della scuola primaria.

A tal fine i genitori/tutori/ faranno pervenire ai coordinatori di classe, in forma cartacea, l'allegata liberatoria sottoscritta da entrambi i genitori.

Si comunica il calendario incontri della scuola secondaria di primo grado, seguirà il calendario della primaria.

Il Dirigente Scolastico
Dr. Marco Di Maro

Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi
dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993

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

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott...EMANUELA LOPEZ, Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 13614., (inserire un recapito telefonico, o indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria o PEC - Posta Elettronica Certificata, o ogni altra informazione utile affinché il professionista possa facilmente essere contattata/o) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola...IC NETTUNO III.....fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso (indicare il luogo nel quale saranno rese le prestazioni professionali).....
Sede scolastica.....;

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

(a) tipologia d'intervento INCONTRO IN CLASSE

(b) modalità organizzative 1 incontro della durata di 1 h Secondo calendario predisposto dalla scuola

(c) scopi esplorare con i ragazzi le emozioni e i pensieri legati a quest'ultimo anno caratterizzato da importanti cambiamenti nelle routine quotidiane e nelle relazioni per raggiungere una maggiore consapevolezza personale e un'efficace condivisione e.....;

(d)) l i m i t i l i n c o n t r o n o n h a v
a l e n z a t e r a p e u t i a ; (

e) durata delle attività.....1 h.....;

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.ordinepsicologieilazio.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.

Il Professionista (firma).....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....
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
dal... dott.....presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma della madre

Il Sig.padre del minorenn.....
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
dal... dott.....presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....

Tutore del minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
e m a n a n t e , d a t a
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 dal... dott. presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore