



Circolare n .45

BARCELLONA P.G., 28/09/2023

Agli studenti e alle famiglie
Ai docenti
Al personale ATA
Al Sito web

Oggetto: SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO A SCUOLA

Si comunica che anche per il corrente anno scolastico L'ITT- LSSA COPERNICO ha previsto, tra le attività all'interno del Piano dell'Offerta Formativa 2023/2024, l'attivazione di un **servizio di sportello di ascolto e supporto** per l'assistenza e la consulenza psicologica a studenti, docenti, personale ATA e genitori, curato e gestito dalla Dr.ssa Marialuisa Poma, individuata quale esperta psicologa e psicoterapeuta.

Il servizio **partirà martedì 3 ottobre** e avrà lo scopo di fornire supporto psicologico a studenti, genitori e personale scolastico nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico, nonché all'assistenza psicologica di eventuali studenti e famiglie di lingue e culture straniere .

Modalità di accesso allo sportello di ascolto psicologico

I colloqui con la psicologa (il cui contenuto sarà protetto dal segreto professionale) avverranno in presenza presso la sede dell'ITT-LSSA Copernico orientativamente ogni martedì a partire dalle ore 9:00.

Gli studenti, per richiedere un **appuntamento collettivo (per l'intero gruppo-classe)**, dovranno seguire la seguente procedura:

a) Per gli studenti minorenni

1. inviare una mail, con la richiesta di colloquio, a uno dei seguenti indirizzi:
 - marialuisapomapsicoterapeuta@gmail.com
 - celestina.foti@posta.istruzione.it
2. -prendere visione dell'informativa sul trattamento dei dati (allegata alla presente circolare)
3. scaricare il modulo di consenso informato per la prestazione di consulenza (allegato alla presente circolare), farlo firmare da ENTRAMBI I GENITORI e consegnarlo , qualche giorno prima, allegando copia della carta di identità dei firmatari, al rappresentante di classe, il quale recapiterà tali moduli alla prof.ssa Foti Celestina

b) per gli studenti maggiorenni,

1. inviare una mail con la richiesta di colloquio a uno dei seguenti indirizzi:
 - marialuisapomapsicoterapeuta@gmail.com
 - celestina.foti@posta.istruzione.it
2. -prendere visione dell'informativa sul trattamento dei dati (allegata alla presente circolare)
3. scaricare il modulo di consenso informato per la prestazione di consulenza (allegato alla presente circolare), firmarlo e consegnarlo , qualche giorno prima, al rappresentante di classe, il quale recapiterà tali moduli alla prof.ssa Foti Celestina

c) per i singoli alunni, genitori e per il personale docente e non docente per richiedere un appuntamento individuale

1. inviare una mail con la richiesta di colloquio a uno dei seguenti indirizzi:

- marialuisapomapsicoterapeuta@gmail.com
- celestina.foti@posta.istruzione.it

Saranno successivamente contattati dalla Prof.ssa Foti Celestina che fisserà un appuntamento per il colloquio Gli alunni dovranno prendere visione dell'informativa sul trattamento dei dati (allegata alla presente circolare), scaricare il modulo di consenso informato per la prestazione di consulenza (allegato alla presente circolare), farlo firmare da ENTRAMBI I GENITORI e consegnarlo , qualche giorno prima, allegando copia della carta di identità dei firmatari alla stessa prof.ssa Foti Celestina

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Angelina Benvegna
Firma autografa omessa
ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/

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

La sottoscritta dott.ssa Maria Luisa Poma, Psicologa Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della regione Sicilia n. 5532, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola ITT LSSA "Copernico" rivolto a studenti, famiglie e personale della scuola con la presente desidera informarla riguardo le modalità di erogazione del servizio ed il trattamento dei dati personali che sarà effettuato.

Metodologia e interventi

Le attività di ascolto rivolte agli alunni sono effettuate seguendo il metodo del colloquio psicologico, accogliendo il richiedente in spirito di non-giudizio, indirizzandolo nell'analisi del problema e nella comprensione del suo vissuto.

In sintesi, l'attivazione di questo Servizio sarà un'occasione per i ragazzi:

- di ascolto
- di accoglienza e accettazione
- di sostegno alla crescita
- di orientamento
- di informazione
- di gestione e risoluzione di problemi/conflitti

Rispetto ai genitori, si privilegia il potenziamento delle capacità genitoriali e delle abilità comunicativo-relazionali con i figli, affinché essi possano trovare ascolto e supporto:

- nell'esercizio di una genitorialità piena e consapevole
- nell'empowerment delle proprie competenze educative.

Oltre ai colloqui individuali, il Servizio offerto dalla scuola può prevedere, su richiesta dei docenti, ampio spazio dedicato all'incontro delle classi gestito con il metodo del circle-time, allo scopo di costruire insieme una realtà in cui prendere coscienza di sé, dell'altro da sé e apertamente discutere dei propri vissuti, delle emozioni e delle problematiche tipiche dei ragazzi.

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.oprs.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. Il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO E RACCOLTA DEL RELATIVO CONSENSO
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI DA PARTE DELLO
PSICOLOGO

(ai sensi del regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018)

- 1) Il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
- 2) La dott.ssa Calogera Calà, Psicologa nominata dalla scuola, è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico affidatole:
 - dati anagrafici e di contatto (informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile);
 - dati relativi allo stato di salute fisica o mentale e qualsiasi altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art.2-septies del D.Lgs. 101/2018, raccolti direttamente o tramite ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito alla psicologa. I dati sopra indicati sono i dati personali. Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l'insieme dei dati professionali trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico.
- 3) Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e, in caso di minore età, di chi esercita la potestà genitoriale e al fine di svolgere l'incarico conferito dagli stessi alla psicologa.
- 4) I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
- 5) Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
- 6) I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.
- 7) I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.
- 8) I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie solo sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso (art. 12 CD) e in ogni caso esclusivamente ai fini delle attività di prevenzione e di sostegno psicologico connesse allo svolgimento dell'incarico conferito alla psicologa. In caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale, saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art. 15 CD). Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento.
- 9) In ogni momento l'interessato può esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs. 101/2018 (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto di cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità).

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 dalla Dott.ssa Maria Luisa Poma presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....
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 Maria Luisa Poma presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenni.....
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 Maria Luisa Poma 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 minorenni.....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 Maria Luisa Poma presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore