



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
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

Al Sito

Circolare 108

Oggetto: Servizio di Consulenza psicologica

Si comunica che da mercoledì 23 Dicembre 2020 verrà attivato il servizio gratuito di **Consulenza psicologica** rivolto agli alunni della Scuola Secondaria di I grado, al personale e a tutte le famiglie dell'Istituto. Il servizio, a cura della psicologa-psicoterapeuta Dott.ssa Chiara Antonini, intende rispondere ai disagi derivati dall'emergenza COVID-19 e favorire un clima di cooperazione scuola-famiglia.

In particolare, il servizio ha quali destinatari:

- gli alunni, per interventi di ascolto e di gestione di comportamenti problematici che evidenzino difficoltà di inserimento a scuola o rischio di abbandono/insuccesso, connessi soprattutto all'attuale emergenza da Covid-19;
- i genitori, per interventi di ascolto e supporto al nucleo familiare, al fine di rafforzare le capacità di resilienza in tale momento emergenziale e le competenze sociali necessarie ad affrontare il disagio personale nel contesto scolastico, familiare e sociale;
- il personale scolastico, per interventi di ascolto e supporto, allo scopo di fronteggiare fenomeni di ansia e disagio causati dal contesto emergenziale e di fornire ulteriori strumenti per la gestione delle relazioni e della comunicazione interpersonale.

Per il mese di dicembre, il servizio si svolgerà in presenza nella sede di Piazza De Cupis, 20, nei seguenti giorni e orari: Mercoledì 23 dicembre, Lunedì 28 dicembre, Martedì 29 dicembre, Mercoledì 30 dicembre dalle ore 8.30 alle ore 13.30.

Genitori e personale, qualora impossibilitati alla presenza per motivi di salute o per restrizioni connesse all'emergenza in corso, potranno richiedere incontro su Teams.

Successiva circolare comunicherà modalità, giorni ed orari del servizio per i mesi successivi.

Per usufruire del servizio di Consulenza psicologica è necessario prenotarsi con le seguenti modalità:

➤ Richiesta di appuntamento per gli studenti delle classi della scuola secondaria, tramite prenotazione da parte dei genitori: l'alunno, il giorno della consulenza, dovrà portare il modulo di consenso informato, debitamente firmato da entrambi i genitori, in cui si autorizza il proprio figlio/a di usufruire del servizio di Consulenza psicologica. Qualora non sia consegnato tale modello compilato, non sarà possibile all'alunno usufruire del servizio suddetto. Il modulo è allegato alla presente comunicazione.

➤ Richiesta di appuntamento da parte del personale scolastico e dei genitori, che consegneranno modulo di consenso informato allegato alla presente circolare.

L'appuntamento va richiesto alla Dott.ssa Chiara Antonini all'indirizzo psicologaicpiazadecupis@gmail.com.

Durante gli incontri in presenza, la psicologa e l'alunno/personale scolastico/genitore dovranno costantemente e correttamente indossare i dispositivi di protezione delle vie respiratorie, osservare il distanziamento di almeno 2 metri, igienizzare le mani prima di accedere al locale e subito dopo.

Il locale dovrà essere costantemente areato ed igienizzato prima e dopo ciascun incontro.

Roma, 21 dicembre 2020

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Lucia De Michele
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/93

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI PRESSO IL SERVIZIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA

La sottoscritta dott.ssa Chiara Antonini, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 19759, (psicologaicpiazadecupis@gmail.com) prima di rendere le prestazioni professionali relative al Servizio di Consulenza psicologica istituito presso la Scuola fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso le sedi dell'Istituto Comprensivo Piazza De Cupis di Roma e/o in forma telematica (attraverso la piattaforma Microsoft Office 365 - Teams).

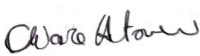
Le attività del Servizio di Consulenza psicologica saranno come di seguito organizzate:

- (a) tipologia d'intervento: Colloquio psicologico;
- (b) scopi: Fornire un supporto psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie;
- (c) durata delle attività: L'intervento prevede un massimo di n° 3 incontri della durata di 45 minuti.

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 al Servizio di Consulenza psicologica, 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

MAGGIORENNI

La Sig.ra/Il Sig. 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.presso il Servizio di Consulenza psicologica. Recapito telefonico:.....

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....

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 il Servizio di Consulenza psicologica.

Luogo e data

Firma della madre.....
Recapito telefonico.....

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 il Servizio di Consulenza psicologica.

Luogo e data Firma del padre.....
Recapito telefonico.....

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.....
Recapito telefonico.....