



ISTITUTO COMPRENSIVO DI VIA COMMERCIALE  
Scuola dell'Infanzia R. Manna e F. Tomizza, Primaria R. Manna e V. Longo  
e Secondaria di primo grado G. Corsi

A tutte le sedi SEDI dell'Istituto  
A tutte le FAMIGLIE  
A tutto il personale ATA

**Oggetto:** sportello d'ascolto.

Si comunica che è attivo lo "sportello d'ascolto", uno **spazio gratuito di counselling e consulenza psicologica aperto ad alunni, genitori e tutto il personale scolastico, docente e non docente.**

Lo sportello d'ascolto e sostegno psicologico è pensato come uno spazio protetto in cui poter esprimere emozioni ed i vissuti di difficoltà nell'ottica di promozione del benessere psicologico e di prevenzione primaria del disagio. Gli esperti individuati sono la dott.ssa Simona Passilongo relativamente alle scuole dell'infanzia e primaria, ed il dott. Giulio Baldassi per la scuola secondaria di I° Guido Corsi.

**Gli incontri avverranno presso i locali dell'Istituto oppure a distanza tramite gli ausili digitali ed informatici che verranno concordati direttamente con gli psicologi.**

La dott.ssa Passilongo sarà presente a scuola ogni mercoledì dalle ore 9.00 alle ore 10.00 presso la sede Longo ed ogni giovedì dalle ore 9.00 alle ore 10.00 presso la sede Ruggero Manna.

Il dott. Baldassi sarà presente presso la sede Guido Corsi ogni martedì dalle ore 13.15 alle ore 15.15.

#### MODALITÀ DI ACCESSO

**I ragazzi e gli interessati potranno richiedere un appuntamento direttamente agli psicologi ai seguenti recapiti:**

- dott.ssa Passilongo (per l'infanzia e la primaria)
  - telefonicamente al numero **3478523110**
  - oppure
  - via mail all'indirizzo **simonapassilongo@gmail.com**
- dott. Baldassi (per la scuola Corsi)
  - telefonicamente al numero **3280580691**
  - oppure
  - via mail all'indirizzo **giulio.baldassi@yahoo.it**

**Per dare la possibilità ai ragazzi di accedere da soli allo spazio d'ascolto per tutto il corso di studi, è necessario manifestare per iscritto il Vostro consenso.** A tal fine si chiede cortesemente di compilare e consegnare o inviare tramite e-mail alla prof.ssa De Francesco (Funzione strumentale - Area Studenti) il **modello del consenso informato** unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità al seguente indirizzo: **dora.defrancesco@icviacommerciale.edu.it**

Una volta consegnato il consenso informato, gli studenti potranno accedere allo sportello d'ascolto in autonomia, anche in orario scolastico rispettando gli orari suesposti.

Potrete ulteriormente scrivere alla prof.ssa De Francesco per qualsiasi chiarimento e informazione.

Trieste, 23 novembre 2021

Grazie per la collaborazione  
Il Dirigente Scolastico  
dott. Roberto Benes

**CONSULENZA PSICOLOGICA NELLA SCUOLA**

<p><b>CONSENSO INFORMATO</b></p> <p><i>(art. 24-Codice deontologico Psicologi Italiani)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lo strumento principale di intervento è il colloquio clinico</li> <li>- l'obiettivo primario è la prevenzione del disagio psicologico e/o familiare e/o sociale</li> <li>- il numero degli incontri, della durata di 40 minuti, potrà variare a seconda delle necessità e delle richieste</li> <li>- lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art.11).</li> </ul>	<p><b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI</b></p> <p><i>(ex art. 13, del Regolamento UE n.679 del 2016)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tutti i dati forniti verranno trattati esclusivamente ai fini di prevenzione, cura e prestazioni connesse allo svolgimento dei compiti e degli obblighi derivanti dall'incarico della psicologa referente</li> <li>- il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale</li> <li>- responsabile del trattamento dei dati è lo/a psicologo/a.</li> </ul>
---	---

**I sottoscritti**

**Cognome e nome del padre/tutore .....**

**Cognome e nome della madre/tutore .....**

**genitori dell'alunno/a ..... classe .....**

**sede scolastica .....**

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore: (barrare la casella relativa alla propria scelta)

**ACCONSENTIAMO**                       **NON ACCONSENTIAMO**

al trattamento dei dati sensibili di nostro/a figlio/a, necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e che nostro/a figlio/a possa accedere da solo allo Sportello di ascolto e consulenza psicologica presso la scuola secondaria di primo grado "Guido Corsi".

**firma del padre .....**

**firma della madre.....**

**In caso di firma di un solo genitore nei casi consentiti dalla Legge:**

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_