

Torino, 20 set 2023
Circ. 047

A tutti gli studenti, le famiglie a tutto il
personale dell'Istituto,
e al DSGA.

Oggetto: Sportello di Ascolto e Sostegno Psicologico - Dott.ssa Maria Adamo

Si comunica che, a partire dalla prossima settimana, riapre il servizio di **Ascolto e Sostegno Psicologico**, proposto dalla scuola a titolo **gratuito**, e prestato dalla **Dott.ssa Maria Adamo**, psicologa psicoterapeuta e sessuologa clinica.

Lo sportello è finalizzato ad offrire uno spazio ed un tempo di accoglienza, ascolto e sostegno delle eventuali situazioni di disagio e, contestualmente, un'occasione per valorizzare le risorse e le competenze di studenti, genitori, docenti e/o operatori scolastici.

L'attività si svolgerà su appuntamento, in modalità concordate che prevederanno principalmente la presenza e, solo ove strettamente necessario, l'incontro online ogni giovedì dalle 10 alle 13 sia presso il Liceo Scientifico, sia presso l'Istituto Tecnico, a seconda della provenienza dei richiedenti, secondo un'alternanza settimanale tra i due plessi.

Gli studenti, le famiglie o i docenti che desiderano un colloquio dovranno scrivere una mail preferibilmente entro il giorno precedente all'attività di sportello all'indirizzo di riferimento:

mariaadamopsicologa@gmail.com

e verranno direttamente contattati per concordare orari e modalità. Tale indirizzo e-mail costituisce il riferimento anche per comunicazioni importanti rispetto a eventuali disdette di appuntamento, che dovranno essere comunicate laddove possibile con un preavviso congruo alla riorganizzazione del calendario degli appuntamenti.

Per usufruire dello spazio d'ascolto, **gli alunni minorenni dovranno presentare il modulo di consenso informato al servizio e al trattamento dei dati personali sensibili** (pag. 3) **debitamente compilato e firmato da entrambi i genitori al primo accesso allo sportello.**

Gli alunni maggiorenni dovranno presentare il modulo di consenso informato al servizio e al trattamento dei dati personali sensibili (pag. 5) **debitamente compilato e firmato al primo accesso allo sportello.**

In assenza di tale documento non sarà purtroppo possibile accedere allo sportello.

Ai sensi della normativa sulla privacy (Dlgs.196/2003 e s.m.i.), si informa che, nell'espletamento delle attività previste dallo spazio di Ascolto e Sostegno Psicologico, il

LICEO SCIENTIFICO
E UFFICI
Via Frattini, 11
10137 TORINO
Tel. 011.3099128
Fax 011.3118900



ISTITUTO TECNICO
SETT. ECONOMICO
Corso Tazzoli, 209
10137 TORINO
Tel. 011.3114113
Fax 011.3099647

trattamento dei dati personali avverrà secondo quanto indicato nell'allegato 1 e solo per le finalità ivi indicate.

Accanto all'attività di sportello psicologico, sulla base di eventuali segnalazioni pervenute dai docenti, dagli studenti o della valutazione della professionista, potranno essere proposte durante l'a.s. attività dal carattere meno puntuale e più collettivo che potranno coinvolgere le classi, gruppi di studenti/docenti/famiglie, nell'ottica di interventi che possano abbracciare i bisogni e le richieste di aiuto delle persone che partecipano alla vita degli Istituti in maniera trasversale.

Il Dirigente Scolastico

Ing. Gian Carlo Vittone

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3, comma 2D. Lgs n. 39/93

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

per l'accesso del minore al servizio di Ascolto e Sostegno Psicologico e per il relativo trattamento dei dati personali sensibili

La dott.ssa Maria Adamo, psicologa psicoterapeuta e sessuologa clinica, prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore:

_____ (cognome) _____ (nome),
nata/o a _____, il ___/___/___,
residente in _____,
frequentante la classe _____ dell'IIS E. Majorana:

- Liceo Scientifico
 Istituto Tecnico settore Economico

fornisce

al Sig. _____
(genitore o titolare della responsabilità genitoriale),
nato a _____, il ___/___/___,
identificato mediante documento: _____ (tipo di documento)
n° _____, rilasciato da _____ il ___/___/___,

e alla Sig.ra _____
(genitore o titolare della responsabilità genitoriale), nata a _____
il ___/___/___, identificata mediante
documento: _____ (tipo di documento) n° _____,
rilasciato da _____ il _____,

esercenti la potestà genitoriale le seguenti informazioni :

- ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli psicologi, al fine di svolgere le attività previste dal servizio di Ascolto e Sostegno Psicologico indicate nell'allegato 1 potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione – riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dell'utente e, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;

- le prestazioni saranno rese presso l'I.I.S. E. MAJORANA, sito in Via Frattini 11/15 (Liceo Scientifico) e Corso Tazzoli 209 (Istituto Tecnico settore Economico) in Torino, oppure su piattaforma G-Meet, in casi eccezionali e solo se strettamente necessario;
- le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la domanda di aiuto per concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse
- i principali strumenti di intervento saranno colloqui singoli e/o di gruppo, osservazioni in classe, specifiche esercitazioni/simulazioni individuali e/o di gruppo;
- la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori, ma è prevedibile in un numero contenuto di incontri (circa 5) per consentire sia un adeguato inquadramento della criticità, sia la possibilità di accesso al servizio a quanti più studenti lo richiedano;
- i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati; in tal caso sarà cura del professionista valutare se proporre la prosecuzione delle attività in altra sede e con altro professionista a scelta della famiglia;
- in qualunque momento lo Psicologo potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica per il minore.

Il Sig. _____

e la Sig.ra _____

genitori o titolari della responsabilità genitoriale,

letto attentamente quanto riportato nel documento di presentazione del servizio di Ascolto e Sostegno Psicologico ed informativo per il trattamento dei dati personali e quanto summenzionato relativamente alle modalità, alle finalità e ai possibili risultati della consulenza psicologica, dichiarano di aver:

- compreso quanto letto e, con piena consapevolezza, in virtù della potestà genitoriale, prestano il loro consenso affinché il/la figlio/a si avvalga delle prestazioni professionali della dott. ssa Maria Adamo come descritte;
- acquisito e compreso le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 D.Lg.s 196/2003 e, pertanto, prestano il loro consenso per il trattamento dei dati sensibili del/la figlio/a, necessari per lo svolgimento delle attività indicate nella succitata informativa.

In fede,
(luogo e data)

....., ___/___/_____

Firma dei genitori:

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

per l'accesso degli studenti maggiorenni al servizio di Ascolto e Sostegno Psicologico e per il relativo trattamento dei dati personali sensibili

La dott.ssa Maria Adamo, psicologa psicoterapeuta e sessuologa clinica, prima di rendere prestazioni professionali in favore di

_____ (cognome) _____ (nome),
nata/o a _____, il ___/___/___,
residente in _____, identificato
mediante documento: _____ (tipo di documento)
n° _____, rilasciato da _____ il ___/___/___,
frequentante la classe _____ dell'IIS E. Majorana:

- Liceo Scientifico
 Istituto Tecnico settore Economico

fornisce le seguenti informazioni:

- ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli psicologi, al fine di svolgere le attività previste dal servizio di Ascolto e Sostegno Psicologico indicate nell'allegato 1 potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione – riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dell'utente o per ordine dell'Autorità Giudiziaria;
- le prestazioni saranno rese presso l'I.I.S. E. MAJORANA, sito in Via Frattini 11/15 (Liceo Scientifico) e Corso Tazzoli 209 (Istituto Tecnico settore Economico) in Torino, oppure su piattaforma G-Meet, in casi eccezionali e solo se strettamente necessario;
- le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme alla persona, la domanda di aiuto per concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- i principali strumenti di intervento saranno colloqui singoli e/o di gruppo, osservazioni in classe, specifiche esercitazioni/simulazioni individuali e/o di gruppo;
- la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori, ma è prevedibile in un numero contenuto di incontri (circa 5) per consentire sia un adeguato inquadramento della criticità, sia la possibilità di accesso al servizio a quanti più studenti lo richiedano;
- i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;

- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati; in tal caso sarà cura del professionista valutare se proporre la prosecuzione delle attività in altra sede e con altro professionista a scelta dell'utente;
- in qualunque momento lo Psicologo potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica per la persona.

Il/la sottoscritto/a _____

letto attentamente quanto riportato nel documento di presentazione del servizio di Ascolto e Sostegno Psicologico ed informativo per il trattamento dei dati personali e quanto summenzionato relativamente alle modalità, alle finalità e ai possibili risultati della consulenza psicologica, dichiara di aver:

- compreso quanto letto e, con piena consapevolezza, decide di avvalersi delle prestazioni professionali della dott. ssa Maria Adamo come descritte;
- acquisito e compreso le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 D.Lg.s 196/2003 e, pertanto, presta il proprio consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle attività indicate nella succitata informativa.

In fede,
(luogo e data)

....., ___/___/___

Firma:
