



Scuola Secondaria di 1° Grado
Dante Alighieri



Ministero dell'Istruzione e del Merito



Personale Docente e ATA
Genitori e alunni
SITO WEB

OGGETTO: Attivazione sportello supporto psicologico per le famiglie, gli alunni e il personale scolastico – a.s. 2023/2024.

Si porta a conoscenza delle SS.LL. che nel corrente anno scolastico, a partire dal 21 febbraio 2024, sarà attivo uno sportello psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie per garantire supporto e consulenza individuale a domanda in caso di problematiche rilevanti.

Gli obiettivi principali delle azioni di supporto psicologico includono la promozione del benessere psicologico, delle competenze sociali, emotive, la prevenzione di fenomeni di bullismo/cyberbullismo, demotivazione allo studio e la costruzione di momenti qualificanti per il miglioramento di processi educativi a livello scolastico e familiare.

Tutti gli interventi sono GRATUITI, non hanno finalità terapeutica, costituiscono un momento di ascolto e consulenza in un'ottica di promozione del benessere e del superamento del disagio e/o di problematiche relazionali.

Gli appuntamenti potranno essere richiesti e concordati direttamente con lo specialista nelle date attualmente disponibili come appresso indicato:

DATA	GIORNO	ORA
21/02/2024	Mercoledì	9.00/12.00
28/02/2024	Mercoledì	9.00/12.00
06/03/2024	Mercoledì	9.00/12.00
13/03/2024	Mercoledì	9.00/12.00
20/03/2024	Mercoledì	9.00/12.00
27/03/2024	Mercoledì	9.00/12.00
03/04/2024	Mercoledì	9.00/12.00
10/04/2024	Mercoledì	9.00/12.00
17/04/2024	Mercoledì	9.00/12.00
24/04/2024	Mercoledì	9.00/12.00

Specialista Dott.ssa Manuela COLAVITO
Contatto: manuela.colavito@dantealighierimodugno.edu.it

I minori potranno accedere allo sportello previa sottoscrizione del consenso informato - allegato alla presente - da parte dei genitori o da chi esercita la potestà genitoriale, che va inviato tramite posta elettronica alla dott.ssa Manuela Colavito (manuela.colavito@dantealighierimodugno.edu.it)



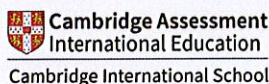
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. ssa Margherita BISCOTTI



Scuola Secondaria di 1° Grado
Dante Alighieri



Ministero dell'Istruzione e del Merito



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

La sottoscritta Dott.ssa Manuela Colavito, Psicologa iscritta/o all'Ordine degli Psicologi-Psicoterapeuti della Regione Puglia n. 2419 del 20/11/2007, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la **Scuola Secondaria di primo Grado "Dante Alighieri"** fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese online e/o in presenza presso **Scuola Secondaria di primo Grado "Dante Alighieri"**;
- Nel caso in cui non dovesse essere possibile svolgerle in presenza, le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento *WhatsApp, Google, google Meet o altro*, previo appuntamento via mail e invio della modulistica di autorizzazione richiesta. Durante il collegamento deve essere garantito che non siano presenti terze persone e che il colloquio non sia registrato.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
 - a) tipologia d'intervento - sportello d'ascolto psicologico;
 - b) modalità organizzative - **colloqui on-line e/o in presenza previa prenotazione;**
 - c) scopi - **benessere psicologico, sostegno emotivo, supporto alle pratiche educative e didattiche;**
 - d) durata delle attività - **febbraio – aprile 2024.**
- La/Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) ;
- I dati personali e particolari 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), consultabile sul sito della Scuola, il cui titolare del trattamento dati è il Dirigente Scolastico.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, inviandolo firmato e scansionato, all'indirizzo mail manuela.colavito@dantealighierimodugno.edu.it allegando copia/e documenti di identità (in un unico file).



Scuola Secondaria di 1° Grado
Dante Alighieri



Ministero dell'Istruzione e del Merito

 Cambridge Assessment
International Education
Cambridge International School

 CLASSE 3.0

 Classi a
indirizzo musicale

PER GLI ALUNNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il ____ / ____ / ____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Manuela Colavito presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ____ / ____ / ____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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 Manuela Colavito presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma del padre _____

PER I GENITORI/INSEGNANTI

L'insegnante/ Il genitore _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Manuela Colavito presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

Luogo e data _____ Firma _____