



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
CAMPUS DEI LICEI "Massimiliano Ramadù"

Via Rimini, 1, 04012 CISTERNA DI LATINA (LT)
c. m. LTIS00100R – Codice Univoco Ufficio UFAC4D - c. f. 91004900592
☎ 06.96873133 - LTIS00100R@istruzione.it – LTIS00100R@pec.istruzione.it
sito web: www.iisramadu.edu.it



COMUNICAZIONE. 141 A.S. 2020-2021

Cisterna di Latina, 09 febbraio 2021

Ai Docenti
Agli studenti
Ai genitori
Sito Web
Registro elettronico

OGGETTO: Sportello di ascolto psicologico

A partire da questa settimana, presso il nostro Istituto, sarà attivo lo sportello di ascolto psicologico CIC (Centro Informazione e Consulenza) a cura della dott.ssa Elisa Librizzi.

Lo sportello offre uno spazio di ascolto, consulenza e supporto agli studenti dell'istituto, garantendo la riservatezza.

I colloqui si svolgeranno sulla piattaforma Meet e gli alunni interessati potranno inoltrare via mail la richiesta di appuntamento alla dott.ssa Librizzi (as.elisa.librizzi@iisramadu.edu.it), utilizzando il proprio account istituzionale.

Nella mail dovranno specificare nome, cognome e classe frequentata. I richiedenti saranno poi contattati dalla dott.ssa per concordare giorno, orario e modalità di svolgimento del colloquio.

Prima dell'appuntamento, gli alunni dovranno consegnare il consenso informato, qui allegato. Tale consenso avrà validità fino alla fine dell'anno scolastico.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Anna Totaro
(firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 Co. 2 D. Lgs. 39/1993)

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

A.S. 2020/2021

La sottoscritta dott.ssa Librizzi Elisa, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 21796, (as.elisa.librizzi@iisramadu.edu.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola "Campus dei Licei Massimiliano Ramadù" fornisce le seguenti informazioni.

Il Servizio di Sportello d' Ascolto Psicologico è uno spazio dedicato ai ragazzi, che consente loro di esprimere o manifestare difficoltà inerenti il mondo della scuola, della famiglia e del gruppo dei pari, utilizzando un ascolto empatico, finalizzato alla promozione del benessere e della salute dei ragazzi stessi.

Il servizio offre una consultazione psicologica breve, con l'obiettivo di orientare lo studente, riducendo la confusione e attivando le risorse presenti.

I colloqui si svolgeranno nel pieno rispetto della privacy degli studenti che vorranno usufruire di tale spazio d'ascolto.

Per gli alunni minorenni, affinché possano autonomamente accedere allo Sportello, è necessario che entrambi i genitori rilascino l'autorizzazione, riconsegnando debitamente compilato e firmato il modulo di consenso informato.

Gli alunni maggiorenni firmeranno autonomamente il consenso informato.

Tale autorizzazione avrà validità per tutta la durata dell'anno scolastico e può essere consegnata il giorno del primo colloquio.

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 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.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

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 Librizzi Elisa 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 Librizzi Elisa 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 Librizzi Elisa 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 Librizzi Elisa presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore