

## **PROGETTO “SPORTELLLO DI ASCOLTO E SOSTEGNO PSICOLOGICO”**

La scuola, in quanto fervido contesto socio-culturale, gioca un ruolo sempre più importante nel percorso di crescita e di sviluppo dei minori, sia in riferimento agli aspetti di apprendimento e sapere, che relazionali e sociali. Spesso, è proprio all'interno del contesto scolastico che si manifestano i primi segnali di disagio e malessere psicologico dei bambini / ragazzi, come ad esempio un repentino calo nel rendimento scolastico, comportamenti aggressivi e provocatori.

A tal proposito si è deciso di attivare presso il nostro Istituto uno “Sportello di Ascolto e di Sostegno Psicologico”, gestito dal dott. Luca Fiordaliso, Psicologo – Psicoterapeuta, per gli alunni in riferimento alle problematiche personali, sociali, relazionali e scolastiche che possono incontrare nel loro percorso di sviluppo, ma anche per i genitori che si trovano in molti casi ad affrontare da soli il complesso disagio espresso dal proprio figlio/a.

Il progetto di Sportello di Ascolto si articola nelle seguenti attività:

per la scuola primaria:

- Consulenze individuali, di coppia e familiari, rivolte ai genitori degli studenti per fornire sostegno psicologico relativamente alle problematiche e fragilità presentate dai figli;
- Consulenze e confronto con i professori per la gestione di problematiche relazionali del gruppo classe o di particolari bisogni del singolo studente.

per la scuola secondaria di primo grado:

- Consulenza rivolta agli studenti per fornire uno spazio di ascolto e di riflessione in cui potersi confrontare con uno psicologo circa esigenze personali particolari e situazioni vissute a scuola, in famiglia o con i propri pari, o solamente per approfondire alcuni aspetti di Sé;
- Consulenze individuali, di coppia e familiari, rivolte ai genitori degli studenti per fornire sostegno psicologico relativamente alle problematiche e fragilità presentate dai figli;
- Consulenze e confronto con i professori per la gestione di problematiche relazionali del gruppo classe o di particolari bisogni del singolo studente.

Nel momento in cui si effettua la richiesta, non è necessario esplicitare la motivazione per cui si richiede l'intervento.

I colloqui con gli studenti avverranno al mattino durante le ore di lezione, ma verranno concordati tenendo in considerazione le attività scolastiche.

Per consentire agli alunni di usufruire dello Sportello è necessaria l'autorizzazione e il consenso per il trattamento dei dati personali, allegato alla presente comunicazione, da parte delle persone che hanno la responsabilità genitoriale sul minore.

Tutti i genitori / tutori degli alunni sono pregati, pertanto, di compilare e restituire alla scuola il seguente modulo in cui dichiarano la propria autorizzazione o non autorizzazione all'utilizzo dei servizi di consulenza psicologica.

Si sottolinea che gli incontri avverranno nella massima riservatezza per gli studenti / genitori e i contenuti sono coperti dal segreto professionale, come di seguito meglio specificato.

### **Come si accedere al servizio?**

Gli studenti e/o i genitori si potranno prenotare inviando un'email all'indirizzo [luca.fiordaliso@icviareginaelena.it](mailto:luca.fiordaliso@icviareginaelena.it) indicando il proprio nome, cognome e classe frequentata.

## **MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLLO PSICOLOGICO**

Il sottoscritto Dott. Luca Fiordaliso, Psicologo – Psicoterapeuta iscritto all'Ordine degli Psicologi delle Marche n. iscrizione 2017, email luca.fiordaliso@icviareginaelena.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo "Via Regina Elena" fornisce le seguenti informazioni.

- la prestazione che verrà offerta al/alla minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- gli incontri verranno effettuati presso i locali dell'Istituto Comprensivo "Via Regina Elena" durante l'orario delle lezioni o, in alternativa, nei pomeriggi in cui l'edificio rimane aperto per altre attività o progetti;
- il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 5 incontri;
- 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 (Art. 11) , saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

**Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo**

**prima di sottoscriverlo.**

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MINORENNI**

Il / la sottoscritta \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

e

Il / la sottoscritta \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

genitori /esercenti la responsabilità genitoriale

sull'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

sull'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

**dichiarano**

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/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. *Luca Fiordaliso* tramite lo Sportello di ascolto individuale in presenza presso i locali dell'IC Via Regina Elena di Civitanova Marche.

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

Il/la/i proprio/a/i figlio/a/i ad usufruire del servizio di consulenza psicologica erogato tramite lo sportello d'ascolto nei giorni prestabiliti dal dott. Fiordaliso.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

\*In caso di firma di un solo genitore

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di unico/a genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale, in ragione di

\_\_\_\_\_ (indicare motivazione per cui non viene firmato il consenso da parte di entrambi i genitori), dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori e di esonerare l'Istituzione Scolastica da ogni e qualsiasi voglia responsabilità al riguardo.

Firma del genitore dichiarante \_\_\_\_\_

**PERSONE SOTTO TUTELA (solo per alunni della scuola secondaria di primo grado)**

La Sig.ra/Il Sig. \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tutore del minore \_\_\_\_\_ in ragione di \_\_\_\_\_  
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. *Luca Fiordaliso* presso lo Sportello di ascolto individuale in presenza presso i locali dell'IC Via Regina Elena di Civitanova Marche.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_