|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **logo definitivo**  Istituto Comprensivo “Leonardo Sciascia” **di Camporeale**  **Con sezioni staccate in Grisì e Roccamena**  **C.M. PAIC840008 – C.F. 80048770822**  **Via Centro Nuovo s.n.c. 90043 Camporeale (Pa) Tel/Fax 0924-37397** [**paic840008@istruzione.it**](mailto:iccamporeale@libero.it) **;** [**icleonardosciascia.edu.it**](http://www.icleonardosciascia.gov.it) |  |

Circolare n.55 Camporeale 12/12/2020

A tutto il personale scolastico

Alle famiglie degli alunni

**OGGETTO:** Attivazione sportello di ascolto richiesta consenso informato.

In riferimento all’oggetto, si comunica a decorrere dal 15-12-2020 sarà attivato uno **Sportello di Ascolto Psicologico,** gestito dalla **Psicologa** Dott.ssa **Maio Monica**.

Si tratta di uno spazio interno alla scuola dedicato prioritariamente agli alunni ed eventualmente anche ai genitori e ai docenti, per favorire lo star bene con se stessi, con i pari, con il mondo della scuola, con la famiglia anche in riferimento alla particolare situazione emergenziale dovuta alla diffusione del Covid-19. Il servizio di counseling psicologico intende infatti promuovere il benessere psicologico e prevenire il disagio infantile che ricade sul rendimento scolastico, offrendo un punto di ascolto che non abbia fini terapeutici, ma esclusivamente di consulenza, per una migliore comprensione delle problematiche infantili, aiutando gli alunni a individuare i problemi e le possibili soluzioni, diventando soggetti attivi della propria crescita e del proprio benessere.

Gli alunni e/o il personale accederanno al servizio previa autorizzazione .

Si invitano i genitori degli alunni ad apporre la propria firma alla seguente autorizzazione allo scopo di permettere al/la proprio/a figlio/a di afferire allo sportello di ascolto qualora ne sentisse la necessità.

Si ricorda che la mancata apposizione della firma non permetterà agli alunni di usufruire del servizio.

F.to Prof.ssa Patrizia ROCCAMATISI

MODULO PERSONALE SCOLASTICO

AL D.S DFELL’I.C. LEONARDO SCIASCIA

CAMPOREALE

Il/La sottoscritto/a………………………………………………………………………………………………… nato/a a …………………………….. (……..) residente a …………………………………………………………………………………. in via ………………………………………….. CF: ……………………………………………………………………………………………….

Tel:......................................................................................... Mail: ……………………………………………………………….

Eventuale gmail: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

in qualità di insegnante di ……………………………………………………………… presso la scuola………………………….. plesso …………………………… classe ……………………………………………………………… del suddetto I.C.

DICHIARA

* Di aver preso visione della circolare N. …. Del ….. con la quale si rende nota l’attivazione di uno sportello psicologico a scuola
* Di impegnarsi a partecipare agli incontri previsti dall’esperto
* Di richiedere per sé o gli alunni della propria classe il supporto dell’esperto qualora lo ritenesse utile e/o necessario

(Barrare)

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

Al trattamento dei propri dati personali al fine di poter accedere/partecipare agli incontri in presenza e/o online sulle piattaforme indicate dalla scuola/esperto in relazione alle finalità previste dal progetto di cui sopra

Data e luogo

Firma

MODULO FAMIGLIE/ALUNNI

AL D.S DELL’I.C. LEONARDO SCIASCIA

CAMPOREALE

Il sottoscritto………………………………………………………………………………………………… nato a …………………………….. (……..) residente a …………………………………………………………………………………. in via …………………………………………..

E la sottoscritta ………………………………………………………………………………………… nata a ………………………………………. CF:……………………………………………………………………… tel:........................................................................................

Mail:…………………………………………………………………………;……………………………………………………………………………………

Rispettivamente in qualità di padre e madre e/o nell’esercizio della patria potestà sull’alunno …………………………………………………………………… iscritto e frequentante la scuola ………………………….. plesso ………………………………………………………………….. classe ……………………………………………………………… del suddetto I.C.

DICHIARANO

* Di aver preso visione della circolare N. …. Del ….. con la quale si rende nota l’attivazione di uno sportello psicologico
* Di impegnarsi a partecipare agli incontri previsti dall’esperto per famiglie
* Di impegnarsi a richiedere un appuntamento con l’esperto qualora lo ritenesse necessario per sé o per il/la proprio/a figlio/a

AUTORIZZANO

* Al trattamento dei propri dati personali al fine di poter accedere/partecipare agli incontri in presenza e/o online sulle piattaforme indicate dalla scuola/esperto e in relazione alle finalità previste dal suddetto servizio
* Al trattamento dei dati personali del proprio figlio per i fini previsti dal progetto

Inoltre

AUTORIZZANO

* L’esperto a svolgere incontri in classe qualora fosse necessario
* Il proprio figlio minorenne ad accedere allo sportello qualora fosse ritenuto necessario, previo avviso

Data e luogo

Firmato