

ISTITUTO COMPrensIVO STATALE - "G. PASCOLI"-TRAMONTI
Prot. 0001292 del 08/03/2021
06-01 (Uscita)

Agli Alunni
Ai Genitori
Al Personale
Alla DSGA
Agli Atti della scuola
Sito web

Oggetto Attivazione di percorsi di supporto psicologico per rispondere ai disagi e traumi derivanti dall'emergenza covid-19 e per prevenire l'insorgere di forme di disagio o malessere psicofisico.

Si comunica che saranno attivati presso l'Istituzione Scolastica dei percorsi di supporto psicologico rivolto agli Studenti, al Personale Scolastico ed alle Famiglie degli alunni delle classi coinvolte ovvero le classi V della primaria e le classi della scuola secondaria di 1° grado.

La finalità del progetto è quella di fornire "supporto psicologico" per rispondere a disagi e traumi derivanti dall'emergenza Covid-19 e per prevenire l'insorgere di forme di disagio o malessere psicofisico ai sensi dell'art. 231, comma 1, del D.L. 34/2020.

Di seguito prospetto esemplificativo dell'intervento:

CLASSI	TEMATICHE DI SUPPORTO	SUPPORTO SU ALUNNI NELLE CLASSI	SUPPORTO SU GENITORI
VA primaria	Gestione delle emozioni	3h	2h
VB primaria	Gestione delle emozioni	3h	2h
IA second.	Le relazioni in Rete	3h	2h
IB second.	Le relazioni in Rete	3h	2h
II A second.	Bullismo e Cyberbullismo	3h	2h
II B second.	Bullismo e Cyberbullismo	3h	2h
III A second.	Adolescenze al buio	3h	2h
III B second.	Adolescenze al buio	3h	2h
Totale 24 h in presenza			Totale 16 h in meet

Gli incontri saranno tenuti in presenza¹, in DAD² e videoconferenza. L'intervento è rivolto prioritariamente ai minori e, pertanto, per poter partecipare all'iniziativa è necessario il consenso informato da parte dei Genitori degli Alunni da compilarli secondo il modello allegato.

II Dirigente Scolastico

Prof.ssa Luisa Patrizia MILO

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

¹ Solo per gli alunni

² In caso di chiusura/sospensione delle attività didattiche esclusivamente in DAD.

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI ATTIVAZIONE DI PERCORSO DI SUPPORTO PSICOLOGICO PER RISPONDERE AI DISAGI E TRAUMI DERIVANTI DALL'EMERGENZA COVID-19 E PER PREVENIRE L'INSORGERE DI FORME DI DISAGIO O MALESSERE PSICOFISICO

La sottoscritta dott.ssa Loredana Coppola, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n 3457., contattabile presso il seguente indirizzo **email** loredanacoppola@alice.it prima di rendere le prestazioni professionali presso l'Istituto Comprensivo "G.Pascoli" di Tramonti (SA) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso i locali messi a disposizione dalla scuola e, qualora la situazione lo rendesse necessario, presso piattaforme multimediali.

Le attività del servizio di consulenza e supporto psicologico saranno come di seguito organizzate:

- la **tipologia d'intervento** prevede incontri di gruppo con la classe in orario scolastico antimeridiano e/o incontri pomeridiani in videoconferenza; confronto con i docenti di classe su eventuali situazioni di disagio di gruppo; incontri informativi con i genitori in orari da concordare; supervisione dei docenti in caso di situazioni di disagio degli alunni;

- l'**obiettivo principale** è quello di sostenere psicologicamente gli alunni, i genitori e i docenti in un momento di grande disorientamento dovuto alla situazione creata dall'emergenza Covid 19.

- il **tipo di intervento** non prevederà in alcun modo una terapia psicologica, trattandosi unicamente di incontri di consulenza e sostegno con interventi su ciascuna classe di n. 3 ore;

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 <https://www.psicamp.it/index.asp?page=codice-deontologico>.

I dati personali e sensibili saranno 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 invitano i genitori a leggere con attenzione il contenuto del modulo seguente prima di sottoscriverli.

Il Professionista

ALLEGATO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO "G.PASCOLI" DI TRAMONTI

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....
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 dal... dott. per il servizio di consulenza e supporto psicologico.
Luogo e data Firma della madre

Il Sig. padre del minorenn.....
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 dal... dott. per il servizio di consulenza e supporto psicologico.
Luogo e data Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___
Tutore del minorenn.....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 dal... dott. per il servizio di consulenza e supporto psicologico.
Luogo e data Firma del tutore

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Artt. 13 e 14 REG. UE 2016/679)

La dott.ssa Coppola, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali del minore, presterà particolare attenzione alla tutela della riservatezza del minore. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e 14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le seguenti informazioni:

I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, forniti dal minore o raccolti nel corso dell'incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrà a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei diritti del minore, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla riservatezza del minore, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

Si informa che i dati sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell'interesse e nella tutela del minore. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di servizio di consulenza e supporto psicologico erogate presso la Scuola nei confronti di minori che frequentano la stessa.

Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per la Dott.ssa Coppola di prestare l'opera.

Il trattamento dei dati del minore potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei. Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale finalizzata al conseguimento di una valutazione e intervento per potenziare il benessere psicologico tramite strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e di sostegno in ambito psicologico.

Ogni singola tipologia di trattamento è finalizzata ad ottenere il miglior risultato secondo scienza e coscienza.

Preso atto dell'informativa e compreso il contenuto della stessa, presto il mio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate.

Io sottoscritti, COGNOME E NOME PADRE _____
e COGNOME E NOME MADRE _____
genitori del minore _____ che frequenta la classe _____ sez
_____ Primaria/Secondaria di I grado dell'Istituto Comprensivo "G. Pascoli", avendo ricevuto apposita
informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato per il trattamento dei dati relativi al
proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e
alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

- ACCONSENTONO
- NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) _____
svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori.

firma del padre _____

firma della madre _____

Data, _____

PERSONE SOTTO TUTELA

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/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 dal... dott. per il servizio di consulenza e supporto psicologico.

Luogo e data

Firma del tutore