

SPORTELLO di ASCOLTO PSICOLOGICO

Si comunica che ogni Giovedì è attivo presso l'Istituto lo sportello di Ascolto Psicologico attuato con la finalità di prevenire situazioni di disagio scolastico, monitoraggio di situazioni a rischio, potenziare le capacità di ascolto, confronto, e collaborazione tra alunni, genitori ed insegnanti indispensabili come strumento di crescita e formazione psicologico-emotiva e relazionale dell'alunno.

Modalità di accesso

Il servizio è **gratuito** e consiste in **consulenze individuali**; i colloqui non avranno carattere terapeutico ma consisteranno in interventi di primo livello (**consulenze**).

I colloqui verranno svolti in uno spazio in ogni plesso (individuato dai Fiduciari del D.S.), idoneo a mantenere la giusta riservatezza e i contenuti saranno coperti dal segreto professionale.

L'accesso allo sportello può avvenire secondo queste due modalità:

- **Accesso su appuntamento** (*tramite i Fiduciari che, in modalità riservata, avranno cura di comunicare l'impegno nel plesso alla prof.ssa Frezza, la quale provvederà al contatto con l'equipe dell'ASL*)
- **attraverso richiesta scritta** da inserire nell'apposita casella postale affissa all'interno del plesso scolastico, in prossimità della presidenza.

I moduli di prenotazione e del consenso informato saranno reperibili sul sito della Scuola (nella sezione modulistica) oppure in prossimità della cassetta postale di prenotazione nel plesso scolastico.

NB: Affinchè i ragazzi possono accedervi autonomamente, i genitori devono rilasciare preventivamente l'**autorizzazione** per il proprio figlio (**modulo consenso informato**), in quanto minorenni.

MODULISTICA SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico

I sottoscritti: _____
genitori / affidatari dell'alunno/a _____ frequentante
la classe _____ sez. _____ dell'I.S.I.S.S. "Taddeo da Sessa" di Sessa A., presa visione dell'informativa relativa allo
Sportello di Ascolto Psicologico presso codesto Istituto

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire, qualora ne senta la necessità, di questo
servizio.

Caserta, _____

In fede, (firma di entrambi i genitori)

SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO Modulo di prenotazione Alunni/Genitore/Insegnante

- ALUNNO
- GENITORE
- INSEGNANTE

COGNOME _____, NOME _____,

Età _____, classe _____, sezione _____ (per gli alunni)

Recapito telefonico _____, email _____.

Verrete contattati telefonicamente o via email dalla Psicologa per fissare il giorno e l'ora dell'appuntamento.

Consenso dell'interessato al trattamento dei dati sensibili
