



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo "Marta RUSSO"

Via I. Torsiello,57 -00128 ROMA ☎ 065061913- 50659063 fax 065061913

- Codice fiscale 97199460581 -

✉ RMIC8B1001@pec.istruzione.it - ✉ RMIC8B1001@istruzione.it -

www.icmartarusso.edu.it

Circ. n. 103

Del 16/11/2023

Ai docenti, genitori e personale scolastico
di scuola Secondaria, Primaria e Infanzia

OGGETTO: Progetto "Spazio d'ascolto"

Si comunica che a partire da questo mese, sarà attivo il servizio dello Sportello di Ascolto Psicologico rivolto ai docenti, ai genitori, agli alunni e al personale scolastico dei plessi del nostro Istituto Comprensivo.

Lo Sportello di Ascolto, all'interno della scuola, **non è un percorso di psicoterapia** ma un breve percorso di **sostegno** finalizzato all'indirizzare verso il benessere e la crescita personale, accogliere la problematica e fare chiarezza mostrando una metodologia di intervento, articolata principalmente su tre livelli:

1. Spazio ascolto adolescente
2. Lavoro sul gruppo classe
3. Spazio adulti

"Spazio ascolto adolescente" un ascolto che arricchisca la domanda dell'adolescente indirizzandolo verso una ridefinizione del disagio, la riconsiderazione dell'agito e del sentito. L'ascolto è parte importante di ogni relazione di accoglienza e di incontro che ha come obiettivo l'eliminazione del giudizio, la ricerca della comprensione e della verità dell'altro, la conoscenza di sé come premessa per ridurre a silenziare le risonanze proprie e il prevalere di schemi mentali.

"Lavoro sul gruppo classe" un intervento a scuola non può escludere gli incontri con il gruppo classe. I giovani devono essere coinvolti in prima persona per far nascere gruppi di confronto e discussioni su temi sensibili dell'adolescenza, privilegiando metodologie attive (educazione tra pari, circle time, simulate...)

"Spazio adulti" lo spazio di ascolto si configura come un momento essenziale per aiutare gli insegnanti e afferenti alla scuola sia nel rapporto con gli alunni e/o il gruppo classe e il personale tutto.

Il servizio è curato dalla Dott.ssa Adriana Saraceni, psicologa scolastica e dell'età evolutiva, in qualità di esperta esterna per i plessi del nostro Istituto. Il servizio prevede incontri conoscitivi nelle varie classi, attività di consulenza psicologica per docenti, genitori e personale scolastico il servizio di consulenza è previsto anche per gli alunni, previo consenso firmato da entrambi i genitori, allegato alla presente.

Gli incontri con i genitori saranno organizzati, sulla piattaforma Teams solo su appuntamento mentre, con presenti i docenti, è possibile prevedere anche attività di osservazione in presenza. Nei plessi della scuola secondaria la Dott.ssa è disponibile, sempre previo appuntamento, a svolgere incontri conoscitivi nelle classi.

Per rendere più efficace l'intervento, vista la quantità di classi presenti nei vari plessi, è necessario richiedere la consulenza dopo un breve contatto telefonico, anche con SMS, whatsapp, o tramite chat di Teams, allo scopo di focalizzare al meglio le problematiche e programmare insieme gli appuntamenti.

Per eventuali richieste di appuntamento contattare la Dott.sa Adriana Saraceni attraverso:

- cellulare 3395307618
- Teams adriana.saraceni@icmartarusso.it

N.B. ALLEGATI ALLA PRESENTE:

- **CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO "SPORTELLO DI ASCOLTO" A.S. 2023/2024**
- **LIBERATORIA OSSERVAZIONE IN CLASSE**

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Laura Chianura
(firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art.3 c.2 D.Lgs.39/93)

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO "SPORTELLO DI ASCOLTO" A.S. 2023/2024

Io sottoscritto padre/affidatario/tutore _____ e io sottoscritta madre/affidataria/tutrice _____ dell'alunno/a _____ frequentante la classe ___ sez. ___ plesso _____, a conoscenza del servizio di Sportello d'ascolto psicologico a scuola

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

Il/la proprio/a figlio/a minorenni ad usufruire, su richiesta da parte dello stesso, degli incontri individuali e/o di piccoli gruppi ed a partecipare ad eventuali altre attività, inerenti lo Sportello d'ascolto, svolti dalla Psicologa scolastica Dott.ssa Adriana Saraceni.

Data, _____

Firme di entrambi i genitori

E' necessaria la firma di entrambi i genitori: in caso risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data, _____

FIRMA _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono dati professionali, che saranno trattati secondo i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, dalla normativa vigente, dai regolamenti, dai codici di condotta. Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione, pertinenza, responsabilizzazione e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque mediante l'utilizzo di procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione; nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Ai fini dell'erogazione della prestazione il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché in mancanza non sarà possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti.

I dati personali verranno conservati dallo psicologo solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata. Esaurite tali finalità i dati personali verranno anonimizzati irreversibilmente e/o cancellati e/o distrutti in modo sicuro. Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Data _____

Firme di entrambi i genitori _____

E' necessaria la firma di entrambi i genitori: in caso risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data, _____

FIRMA _____

LIBERATORIA OSSERVAZIONE IN CLASSE

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____ iscritto per l'anno
scolastico _____/_____ nella classe/sezione _____ di Scuola
dell'Infanzia / Scuola Primaria / Scuola Secondaria di primo grado nel plesso di

AUTORIZZA

La psicologa della scuola Dott.ssa Adriana Saraceni ad effettuare un'osservazione di gruppo nella
classe di appartenenza del proprio/a figlio/a.

Tale osservazione sarà svolta in presenza di almeno uno dei docenti di classe.

Data

In fede

FIRMA
