Ministero dell'Istruzione
Ministero dell'Università e della Ricerca

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - MONTELIBRETTI
RMIC8AW00A - P.zza della Repubblica 21 - 00010 Montelibretti
☎ 0774/608018 fax 0774/609616 ✉ rmic8aw00a@istruzione.it

Circolare n. 50

Alle Famiglie
Ai Docenti
Agli ATA
All'Albo
Al sito WEB

Gentili famiglie,

tra le numerose e ingenti misure per la ripresa dell'AS 2020-21 supportando alunni e personale scolastico il Ministero dell'Istruzione, sulla base della convenzione con il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, ha stanziato 3 milioni di euro per l'istituzione di sportelli di ascolto psicologico e per altre forme di intervento di aiuto socio-educativo sulla persona in tutte le scuole della Nazione.

Per il nostro Istituto, a seguito di regolare bando e relativa graduatoria di competenze, è risultata assegnataria di questo importante servizio la **Dr.ssa Simona Grilli**, Psicologa, Psicoterapeuta, Esperta in Psicologia Giuridica, Esperta in Psicologia dell'età evolutiva, PhD in Psicopatologia dello sviluppo e delle trasformazioni sociali.

Queste attività di counseling sono rivolte agli alunni *in primis*, ma anche al personale docente, non docente e alle famiglie.

Gli incontri, su richiesta a partire da Gennaio 2021, con la Dott.ssa Grilli saranno preceduti da una presentazione della stessa ai plessi, iniziando dal plesso di **Via Aldo Moro Giovedì 17 Dicembre 2020 dalle 11 in nei plessi di Moricone lunedì 21 Dicembre,** sempre in mattinata.

Altri dettagli sulla modalità di segnalazione e ricevimento saranno comunicati.

Per una piena e condivisa attuazione del programma di intervento proposto dalla Dott.ssa Grilli, occorre che le famiglie diano il loro **consenso informato,** firmato da entrambi in genitori, prima della pausa natalizia (22 Dicembre 2021) secondo il modulo allegato.

In base all' **OM 134 del del 9 Ottobre 2020** la Scuola valuta, d'intesa con le famiglie, la possibilità di ricorrere ad azioni di supporto psicologico o psicopedagogico a favore degli alunni con patologie gravi o immunodepressione certificata che fruiscono di percorsi di Didattica Digitale, in modalità integrata o esclusiva o di percorsi di istruzione domiciliare.

Certo della utilità benefica dello Sportello di Ascolto Psicologico e dell' accoglienza fiduciosa da parte delle famiglie di questo tipo di supporto porgo cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico
Luca Rinaldo Villani

Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ai sensi dell'art.3, comma2, del D.Lgs 39/93

Istituto Comprensivo "PIAZZA DELLA REPUBBLICA" - C.F. 94032580584 C.M. RMIC8AW00A - AOO_RM_0001 - Ufficio Protocollo
Prot. 0003621/U del 15/12/2020 06:37:18 V.7 - Tutela della salute e farmaci

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLO "SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO" - A.S. 2020/2021

I sottoscritti genitori

padre/esercente la responsabilità genitoriale

_____

_____

(cognome,nome, luogo e data di nascita, recapito tel e/o mail)

madre/esercente la responsabilità genitoriale

_____

_____ (cognome, nome, luogo e data di nascita, recapito tel e/o mail)

dell'alunno/a_____nato/a a_____,il_____ frequentante la classe_____ del Plesso_____ a conoscenza **dello Sportello d'Ascolto Psicologico finanziato dal Ministero dell'Istruzione tenuto dalla Dott.ssa Simona Grilli**, iscritta all'Albo professionale della regione Lazio con il numero 18200 e della finalità benefica che questa funzione intende perseguire ai fini del benessere degli studenti, del personale e dei genitori nel particolare momento storico

□ AUTORIZZANO □ NON AUTORIZZANO

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

Autorizzano altresì eventuali osservazioni interventi nella classe con la Dott.ssa Grilli qualora la stessa dovesse ravvedere la necessità. Qualora la situazione di emergenza imporrà la Didattica a Distanza, gli scriventi autorizzano le stesse attività per la modalità telematica; la stessa avverrà tramite l'utilizzo di strumentazione adeguata e affidabile nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore.

Gli esercenti la responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

Articolo 11 Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto, non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12 Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13 Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica

del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

La dr.ssa Simona Grilli al seguente indirizzo mail: simona.grilli14@gmail.com potrà rispondere a tutti i dubbi o chiarimenti richiesti.

Data_____

Firma del Padre_____

Firma dellaMadre_____

Dichiarazione di consenso ai fini dell'Art. 13 del D. LGS 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i sottoscritti

padre.....

madre.....

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale del citato minore, esprimono il consenso al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) ..... necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa.

Data_____

Firma del Padre_____

Firma della Madre_____