

	 MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO ISTITUTO COMPRENSIVO 2° ANAGNI <i>Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado-Indirizzo Musicale</i>	
 	Via della Sanità, 90 – 03012 ANAGNI (FR) Tel. 0775-727330 Sito Web: www.ic2anagni.edu.it Codice Univoco Ufficio UF0AS5 P.E.C.: fric84500p@pec.istruzione.it Codice fiscale: 92064620609 P.E.O.: fric84500p@istruzione.it Codice Meccanografico: FRIC84500P	
	“Con l’Europa investiamo nel nostro futuro”	a.s. 2023/2024

ISTITUTO COMPRENSIVO 2 DI ANAGNI - -ANAGNI
 Prot. 0010017 del 18/12/2023
 II-5 (Uscita)

docenti
 genitori
 alunni
 personale ATA
 DSGA

 ARGO
 Sito web

CIRCOLARE n.223

Oggetto: Attivazione del Progetto “Per...corsi di ascolto” - SERVIZIO GRATUITO DI CONSULENZA PSICOLOGICA a favore del personale scolastico DOCENTE ed ATA, nonché degli ALUNNI e dei loro rispettivi GENITORI A.S. 2023/2024

In riferimento all’Avviso Pubblico per il potenziamento degli “Sportelli Ascolto” per il supporto e l’assistenza psicologica presso le scuole del Lazio – Obiettivo di Policy 4 “Un’Europa più sociale” – Priorità 3 “Inclusione Sociale” – Obiettivo specifico k “Accesso a servizi di qualità” (finanziato attraverso il Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021- 2027) di cui alla Determinazione Dirigenziale n. G00759 del 24/01/2023 è stato approvato dalla Regione Lazio con Determinazione Dirigenziale n. G09640 del 12/07/2023”, l’Istituto Comprensivo secondo di Anagni attiva per l’a.s. 2023/2024 il PROGETTO “Per...corsi di Ascolto”, servizio gratuito di consulenza psicologica rivolto al personale scolastico docente e ATA, nonché agli alunni e ai loro rispettivi genitori.

Il Servizio ha come finalità generale la promozione del benessere psicologico a scuola e pone l’accento sull’assunto che considera la prevenzione in ambito psicologico uno strumento fondamentale per poter riconoscere, esplicitare ed affrontare il disagio e le difficoltà psicologiche fin dalle prime forme di manifestazione.

Detta finalità sarà realizzata mediante l’intervento professionale della Psicologa dott.ssa Valentina Tabacchiera, iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio, all’uopo selezionata e individuata da questa Istituzione Scolastica, per lo svolgimento dell’incarico connesso alla finalità sopra specificata.

Le prestazioni professionali di sostegno psicologico saranno rese dall’esperta attraverso il **colloquio individuale in presenza presso la sede legale di San Giorgetto, sala docenti.**

In particolare, gli obiettivi del servizio sono:

- supporto psicologico al personale scolastico, ad alunni e a famiglie, finalizzato, in via prioritaria, a fronteggiare: traumi psicologici in genere e forme di disagio e/o malessere psico-fisico; situazioni di stress lavorativo e difficoltà relazionali nell'ambiente di lavoro e di apprendimento; dinamiche relazionali disfunzionali, anche in casi di bullismo e cyberbullismo;
- supporto psicologico individuale;
- supporto genitoriale anche rispetto alla gestione dei figli a casa;
- supporto emotivo al personale docente e non docente;

La Psicologa, nell'esercizio della propria attività professionale, è tenuta al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che vincola la medesima a garantire l'assoluta segretezza dei dati raccolti durante i colloqui. Nello specifico, questa Istituzione Scolastica ha nominato la dott.ssa Valentina Tabacchiera quale responsabile esterna del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 28 GDPR UE 2016/679. Per effetto della citata nomina la psicologa si impegna ad osservare le disposizioni vigenti in materia di trattamento dei dati personali e ad attenersi con la massima diligenza alle istruzioni riportate nell'atto di nomina medesimo.

MODALITÀ DI FRUIZIONE DEL “SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO”

Gli interessati, il personale scolastico docente ed ATA, gli alunni e i loro rispettivi genitori, potranno beneficiare del servizio, **reso in forma gratuita e tutelante la riservatezza**, previa richiesta di intervento di consulenza psicologica inviando un email all'indirizzo:

supportopsicologico@icdueanagni.com

ed allegando alla stessa il “Modulo di richiesta colloquio consulenza psicologica”, il “Modulo di consenso informato per prestazioni di sostegno psicologico” (in caso di alunni i moduli dovranno essere compilati e firmati da entrambi i genitori/tutori legali/affidatari) e dovranno essere accompagnati da copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del richiedente (in caso di alunni copia fronte/retro dei documenti di identità in corso di validità dei genitori/tutori legali/affidatari degli alunni).

Successivamente all'inoltro di detta documentazione, secondo le modalità sopra specificate, gli interessati riceveranno da parte della dott.ssa Valentina Tabacchiera una mail di risposta presso l'indirizzo email dagli stessi indicato nel “Modulo di richiesta colloquio consulenza psicologica”; detta mail di risposta conterrà indicazione del giorno e dell'ora fissati dalla dottoressa per il colloquio. Al termine del primo colloquio verrà rilasciato, inoltre, il modulo di consenso informato per prestazioni di sostegno psicologico e trattamento dei dati personali firmato dalla dott.ssa Valentina Tabacchiera.

I suddetti moduli sono disponibili sul sito web dell'Istituto al seguente link:

<https://www.ic2anagni.edu.it/servizio-di-supporto-psico-pedagogico/>

IL DIRIGENTE

Prof.ssa Daniela GERMANO

F.TO DIGITALMENTE

Alla Psicologa Dott.ssa Tabacchiera Valentina
email: supportopsicologico@icdueanagni.com

MODULO DI RICHIESTA COLLOQUIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA

Il/ la sottoscritto/a /I sottoscritti
nato/a a..... il residente in
..... Via.....
..... in qualità di (docente, ATA, genitori)
dell'Istituto Comprensivo 2° di Anagni,

CHIEDE/CHIEDONO

di poter fruire di Sua prestazione professionale di sostegno psicologico.

Al fine di concordare con la S.V. tempi e modalità di colloquio, il/la sottoscritto/a comunica i seguenti propri dati:

recapito telefonico

Indirizzo e-mail

Si allega alla presente:

Copia del Documento di identità in corso di validità del/della sottoscritto/a

FIRMA*

*Nel caso in cui il colloquio venga richiesto per un alunno, è necessaria la firma di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà la potestà genitoriale

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La sottoscritta Psicologa dott.ssa Valentina Tabacchiera, prima di rendere le proprie prestazioni professionali fornisce le seguenti informazioni:

- le prestazioni professionali di sostegno psicologico e orientamento saranno rese attraverso la forma del colloquio individuale in presenza e non hanno finalità terapeutiche;
- la durata di ogni colloquio si sostanzia in circa 45/60 minuti;
- il numero dei colloqui per ciascun utente, non essendo quantificabile a priori, sarà commisurato alle esigenze dell'utente stesso.

La sottoscritta, nello svolgimento della propria attività, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine degli Psicologi al seguente indirizzo www.psicamp.it.

I dati personali e sensibili del richiedente la/le prestazione/i di sostegno psicologico e orientamento, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente ai sensi dell'articolo 13 D.Lgs 196/2003 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Informativa sul trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'articolo 13 D.Lgs 196/2003 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). La sottoscritta Psicologa dott.ssa Valentina Tabacchiera, responsabile esterna trattamento dati (ex art.28 GDPR 2016/679) dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'attività di sostegno psicologico e orientamento, intende informare l'interessato/a in merito all'utilizzo dei dati resi dall'interessato/a medesimo/a:

- a) dati anagrafici: informazioni relative al nome, cognome, numero di telefono, residenza, e-mail, ecc.
- b) dati sensibili: eventuali dati sensibili sono raccolti direttamente in relazione al servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione della prestazione.

I dati personali e sensibili possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato/a e per le finalità specifiche per le quali sono raccolti.

In particolare, i dati verranno trattati per le seguenti finalità:

- a) per gestire i rapporti con l'utente funzionali all'erogazione della prestazione professionale richiesta;
- b) per eventuali contatti con l'utente legati alla erogazione della prestazione professionale richiesta (contatti telefonici, contatti e-mail);
- c) per ogni finalità che si renda necessaria per la prestazione concordata tra l'utente e il professionista.

Le riflessioni/valutazioni professionali della sottoscritta psicologa costituiscono dati professionali, che saranno trattati secondo i principi del GDPR 2016/679 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 ne 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 concordata con l'utente il conferimento dei dati è obbligatorio poiché in mancanza non sarà possibile svolgere l'attività professionale richiesta.

I dati personali verranno conservati per il tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata.

Esaurite le finalità per le quali sono stati raccolti, i dati personali verranno anonimizzati irreversibilmente e/o cancellati/distrutti in modo sicuro. I tempi di conservazione, in relazione alle finalità sopra elencate, sono i seguenti: i dati anagrafici, di contatto e quelli sensibili saranno conservati per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico di sostegno psicologico e orientamento e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso. I dati personali saranno trattati dalla sottoscritta Responsabile esterna del trattamento dati attraverso l'adozione di misure tecnico-organizzative idonee a soddisfare il rispetto della normativa sulla privacy.

In qualsiasi momento l'interessato/a potrà opporsi al trattamento dei dati che lo/la riguardano o revocare il consenso al trattamento degli stessi, senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Si invita a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

La Psicologa dott.ssa

MODULO CONSENSO INFORMATO SOSTEGNO PSICOLOGICO

Il/La sottoscritto/a..... nato/a
a.....il.....residente
in.....Via.....

.....in qualità di (docente, ATA, genitore)
dell'Istituto Comprensivo 2° Anagni dichiara di avere compreso quanto illustrato dalla professionista, così
come sopra riportato, e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla
medesima, dott.ssa Psicologa Valentina Tabacchiera, così come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, il/la sottoscritto/a

- FORNISCE IL CONSENSO
 NON FORNISCE IL CONSENSO

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

Luogo e data Firma

ALUNNI

Il sottoscritto (nome e cognome),
nato a il....., residente in.....
via..... in qualità di Padre/Tutore legale/Affidatario

La sottoscritta (nome e cognome),
nata ail....., residente in.....
via..... in qualità di Madre/Tutore legale/Affidataria

dell'alunno/a (nome e cognome),
nato/a ail.....residente in.....
via.....

iscritto/a per l'a.s.2023/2024 alla classe.....sez..... dell'I.C. 2° di Anagni,
dichiarano di aver compreso quanto illustrato dalla professionista così come sopra riportato e decidono con
piena consapevolezza di avvalersi, a favore del/della proprio figlio/a, delle prestazioni professionali rese dalla
medesima, dott.ssa Valentina Tabacchiera, così come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, i sottoscritti

- FORNISCONO IL CONSENSO
 NON FORNISCONO IL CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali e di quelli del/della proprio/a figlio/a per tutte le finalità indicate
nella presente informativa.

Luogo e data _____

Firma della madre

Firma del padre