



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
1872



✉ rmta070005@istruzione.it - rmta070005@pec.istruzione.it
🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

CIRCOLARE N. 7

Agli studenti/studentesse,
Ai genitori/rapp. legali
A tutto il personale della Scuola
Al personale del Convitto
e p.c. alla DSGA e sito web

OGGETTO: Avvio attività Sportello d'Ascolto Psicologico – A.S. 2024-25

Si informano le SS.LL. che dal **23 settembre 2024** partiranno le consuete attività dello **sportello di ascolto psicologico** rivolto agli studenti/studentesse, al tutto il personale della scuola e ai genitori.

Le dottoresse Alessandra Trani e Francesca Roberti nei giorni 23 e 24 settembre passeranno nelle classi prime per presentarsi e per raccontare brevemente le attività dello sportello.

Lo sportello sarà attivo presso l'aula 0.5 al piano terra nelle seguenti giornate:

- martedì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e giovedì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 dott.ssa Alessandra Trani;
- mercoledì e venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,30 dottoressa Francesca Roberti.

Gli studenti e il personale della scuola potranno prendere appuntamento inquadrando il QR-code affisso in portineria e nei corridoi dell'Istituto e del Convitto.

I genitori potranno prendere appuntamento tramite mail: alessandra.trani79@gmail.com - dott.ssa.roberti.francesca@gmail.com .

Per gli studenti minorenni, l'accesso allo sportello potrà avvenire solo previa sottoscrizione del modulo per il consenso da parte dei genitori o rappresentanti legali, allegato alla presente, e consegnarlo al primo appuntamento.

Gli studenti maggiorenni potranno loro stessi, firmare il consenso e consegnarlo direttamente al primo incontro.

Si ringrazia per l'attenzione.

Il Dirigente Scolastico - Rettore

Andrea Pontarelli

Allegati:

— Modulo consenso.



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
1872



✉ rmta070005@istruzione.it - rmta070005@pec.istruzione.it
🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLINO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa **Francesca ROBERTI**, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.20287, (indirizzo fiscale: Via Tazio Nuvolari, 252 – 00142 Roma; cellulare: 333 487 3190; email: dott.ssa.roberti.francesca@gmail.com pec: roberti.francesca@psypec.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Tecnico "Giuseppe Garibaldi" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede della scuola;

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento: colloquio clinico psicologico;

(b) modalità organizzative: gli alunni e il personale della scuola potranno prenotarsi compilando l'apposita richiesta e inserendola nella cassetta posta presso la portineria dell'Istituto mentre i genitori tramite mail all'indirizzo dott.ssa.roberti.francesca@gmail.com;

(c) scopi: ascolto, accoglienza, accettazione, sostegno e supporto rispetto al disagio del momento;

(d) limiti: i colloqui non avranno carattere terapeutico, si potranno effettuare fino ad un massimo di 4 colloqui per ogni alunno e docente.

(e) durata delle attività: lo sportello di Ascolto sarà attivo dal 6 febbraio;

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 www.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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 invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista (firma).....



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
1872



✉ rmta070005@istruzione.it - rmta070005@pec.istruzione.it
🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
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. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
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. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. nata/o a il ___/___/___
Tutore del minorenni..... in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
residente a
in via/piazza n.....
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. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
1872



✉ rmta070005@istruzione.it - rmta070005@pec.istruzione.it
🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa Alessandra TRANI, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.14061, (indirizzo fiscale: Via Del Calcio, 1 – 00142 Roma; cellulare: 3475897743; email: alessandra.trani79@gmail.com; pec: alessandraarani@pec.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Tecnico "Giuseppe Garibaldi" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede della scuola;

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento: colloquio clinico psicologico;

(b) modalità organizzative: gli alunni e il personale della scuola potranno prenotarsi compilando l'apposita richiesta e inserendola nella cassetta posta presso la portineria dell'istituto mentre i genitori utilizzando la casella di posta elettronica alessandra.trani79@gmail.com;

(d) limiti: i colloqui non avranno carattere terapeutico, si potranno effettuare fino ad un massimo di 4 colloqui per ogni alunno e docente.

(e) durata delle attività: lo sportello di Ascolto sarà attivo dal 6 febbraio;

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 www.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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 invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista (firma).....



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
1872



✉ rmta070005@istruzione.it - rmta070005@pec.istruzione.it
🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
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. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
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. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a..... il ___/___/___
Tutore del minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
residente a
in via/piazza n.....
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. presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore