



ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 7

Strada Lacugnano 53 06132 PERUGIA S. SISTO -C.F. 94152440544 Tel. 075/52.87.904 e Fax 075/5288487
E-mail: pgic86400t@istruzione.it – Pec: pgic86400t@pec.istruzione.it www.istitutocomprensivoperugia7.it



Circ. 266

Perugia, 27 /04/ 2022

Alle famiglie degli alunni
Al personale docente
Al personale ATA

Oggetto: sportello di assistenza e supporto psicologico a scuola

Si informano le SS.LL. che l'Istituto comprensivo 7 ha attivato uno sportello di ascolto e supporto psicologico in collaborazione con la dott.ssa Sonia Ferrarotti, psicologa e psicoterapeuta familiare.

Il servizio è rivolto ad alunni e studenti della scuola, alle loro famiglie, al personale docente e ATA. Gli incontri, che potranno essere prenotati inviando mail all'indirizzo sonia.ferrarotti.o@istitutocomprensivopg7.net, si svolgeranno sia da remoto che in presenza presso i locali della scuola siti in Strada Lacugnano 53.

La dottoressa riceverà in presenza il sabato dalle ore 10.00 alle ore 14.00, da remoto in base agli accordi definiti in sede di prenotazione.

La partecipazione dei minori agli incontri è subordinata alla compilazione del consenso informato allegato alla presente, che deve obbligatoriamente essere sottoscritto, ove presenti, da entrambi i genitori o dal tutore legale.

Le SS.LL. sono invitate ad un incontro di presentazione del progetto, secondo il seguente calendario:

- GENITORI ed ALUNNI: **lunedì 2 maggio p.v. alle ore 18.00**
- DOCENTI e PERSONALE ATA: **mercoledì 4 maggio p.v. alle ore 18.00**

I link di partecipazione agli incontri informativi saranno inviati nella mail istituzionale degli alunni/studenti e del personale.

**Il Dirigente scolastico
Federico Ferri**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
Ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.lgs. n. 39 del 1993

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA – MINORI

Ai sensi dell'Art. 24 del “Codice Deontologico degli Psicologi italiani”

I sottoscritti (cognome e nome del padre)

e (cognome e nome della madre)

o (cognome e nome del tutore legale)

genitori/tutore del minore/i (cognome e nome del figlio/a).....

sono informati:

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico;
- che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- che il numero dei colloqui proposti sarà valutato in base alle modalità con cui lo psicologo svolge la propria professione e comunicato ai genitori durante il primo incontro;
- che nel corso della consulenza psicologica sarà possibile ampliare o diminuire il numero degli incontri previa comunicazione ai genitori stessi;
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che lo psicologo può derogare dal segreto professionale solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani) o per obbligo di referto (Art. 13 del Codice Deontologico);
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è a disposizione su richiesta;
- che il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati dalla dottoressa Ferrarotti per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la sua diretta supervisione e responsabilità;
- che ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, hanno il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e possono, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che li riguardino o che riguardino il/i minore/i, e conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge;
- che la scuola verrà informata solo dell'esistenza del numero di contatti da parte dell'utenza con la dott.ssa Sonia Ferrarotti.

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del/la minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui il percorso di consulenza psicologica che la dott.ssa Sonia Ferrarotti psicologa iscritta all'Ordine della Regione Lazio n. 8954, riterrà necessario, ovvero incontri individuali e/o congiunti a uno o a entrambi i genitori o altri adulti significativi.

Perugia, lì

Firma del Padre

Firma della Madre

Firma del Tutore