



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRESIVO ANZIO III

Via Machiavelli 10/b tel.06/9873212 - Fax 06/9873540 – rmic8c700e@istruzione.it
00040 Lavinio di ANZIO - ROMA
C.M. RMIC8C700E C.F. 90000150582

Ai Docenti tutti
Alle famiglie degli alunni
Al personale ATA

Oggetto: Attivazione servizio psicologico

Anche per l'A.S. 2023-24 l'Istituto Comprensivo Anzio III erogherà un **servizio di supporto psicologico** con l'obiettivo di offrire consulenza a docenti, famiglie e studenti delle nostre scuole, sia al fine di ridurre il disagio psicologico ancora retaggio della situazione emergenziale legata alla pandemia degli ultimi anni sia per fornire al sistema risorse adattive e di resilienza.

Il servizio di cui sopra è stato affidato, in ragione del principio della continuità e della valutazione positiva della rispondenza di quanto offerto all'interesse pubblico, alla Dott.ssa D'Apolito Laura Elke.

Nello specifico sono previsti:

- incontri con i docenti per la raccolta/individuazione delle problematiche riferite al gruppo classe;
- divulgazione del servizio alle famiglie e al personale attraverso apposite brochure/volantini informative;
- avvio dello sportello finalizzato a fornire un supporto psicologico rivolto a ragazzi, al personale scolastico, alle famiglie;
- attivazione di incontri con le classi della scuola dell'infanzia, primaria e Secondaria di I grado rivolte alla promozione di competenze sociali, pro sociali;



Tra le attività dello sportello sarà possibile richiedere:

- Colloqui di conseling individuali
- Consulenza sul sostegno alla genitorialità singoli o gruppi di genitori
- Incontri di gruppo per insegnanti (scuola dell'infanzia, scuola elementare, scuola media inferiore)
- Teaching Training DSA (ogni ordine)
- Teaching Training Casi (ogni ordine)
- Incontri di osservazione in classe (previo consenso di tutti gli alunni della classe)
- Incontri informativi/formativi con il gruppo classe (previo consenso di tutti gli alunni della classe).

Per tutta la durata dell'incarico l'esperto non potrà stabilire rapporti professionali di natura diversa, rispetto a quelli previsti nei contratto e riferiti alle azioni di cui sopra, con il personale scolastico e con le famiglie dell'IC Anzio III.

Sul sito della scuola è presente apposita area dedicata dal nome Sportello Supporto Psicologico che sarà mano a mano arricchito di documenti e modulistica.

E' altresì stata attivata la email sportello.psicologico@icanzio3.onmicrosoft.com, gestita dalla Dott.ssa D'Apolito per rispondere alle richieste di prenotazione.

Tutte le prestazioni rivolte ai minori (colloqui individuali, anche online, incontri di gruppo, osservazioni in classe ecc) necessitano di consenso informato firmato da entrambi i genitori o tutore del minore.

Si invitano i docenti a diffondere alle famiglie degli alunni l'attivazione dell'iniziativa.

Ad ogni buon fine si allega calendario , pubblicato anche sul sito della scuola, e Consenso informato per le famiglie

Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Maria Teresa D'Orso)
(firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 c. 2 del D.Lgs 39/93)



Calendario 2023 – 2024

GIORNO	ORARIO INIZIO	ORARIO FINE	ATTIVITÀ	N ORE
Martedì 17 ottobre	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 24 ottobre	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 7 novembre	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 14 novembre	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 21 novembre	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 28 novembre	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 5 dicembre	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 12 dicembre	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 9 dicembre	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 16 gennaio	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 23 gennaio	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 30 gennaio	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 6 febbraio	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 13 febbraio	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 20 febbraio	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 27 febbraio	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 5 marzo	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 12 marzo	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 19 marzo	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 26 marzo	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 9 aprile	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 16 aprile	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 23 aprile	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 7 maggio	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 14 maggio	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 21 maggio	10.30	13:30	Sportello psicologico	3
Martedì 28 maggio	10.30	12:30	Sportello psicologico	2



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

La sottoscritta dott.ssa **D’Apolito Laura Elke**, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. **20995**, email sportello.psicologico@icanzio3.onmicrosoft.com prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l’Istituto presso **l’Istituto Comprensivo Anzio III** fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso piattaforma **in presenza all’interno dell’Istituto Comprensivo**.

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

(a) tipologia d’intervento:

- **Incontri a gruppi – classe su tematiche rivolte alla promozione di competenze sociali, prosociali in presenza o a distanza con l’ausilio di apposite piattaforme;**

(b) modalità organizzative:

- **gli incontri di gruppo avverranno all’interno dell’Istituto Comprensivo, su appuntamento concordato tra il docente coordinatore della classe e il professionista. Gli appuntamenti potranno essere calendarizzati in seguito alla raccolta del consenso informato da parte di tutti gli alunni del gruppo classe.**

(c) scopi:

- **avviare supporto psicologico per prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico- fisico tra gli studenti delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado;**
- **predisporre un servizio di assistenza psicologica per il personale scolastico, per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali e traumi psicologico per prevenire forme di disagio e/o malessere psico-fisico.**

(d) limiti

- **non sarà possibile stabilire rapporti professionali esterni al progetto per tutta la durata del sportello psicologico.**

(e) durata delle attività **ottobre 2023 – Giugno 2024;**

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).....



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

La sottoscritta dott.ssa **D’Apolito Laura Elke**, Psicologa, iscritta all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. **20995**, email sportello.psicologico@icanzio3.onmicrosoft.com prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l’Istituto presso **l’Istituto Comprensivo Anzio III** fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso piattaforma **in presenza all’interno dell’Istituto Comprensivo**.

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

(a) tipologia d'intervento:

- **Incontri a gruppi –classe su tematiche rivolte alla promozione di competenze sociali, prosociali in presenza o a distanza con l’ausilio di apposite piattaforme;**

(b) modalità organizzative:

- **gli incontri di gruppo avverranno all’interno dell’Istituto Comprensivo, su appuntamento concordato tra il docente coordinatore della classe e il professionista. Gli appuntamenti potranno essere calendarizzati in seguito alla raccolta del consenso informato da parte di tutti gli alunni del gruppo classe.**

(c) scopi:

- **avviare supporto psicologico per prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico- fisico tra gli studenti delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado;**
- **predisporre un servizio di assistenza psicologica per il personale scolastico, per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali e traumi psicologico per prevenire forme di disagio e/o malessere psico-fisico.**

(d) limiti

- **non sarà possibile stabilire rapporti professionali esterni al progetto per tutta la durata del sportello psicologico.**

(e) durata delle attività **ottobre 2023 – Giugno 2024;**

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).....



MINORENNI

La Sig.ra madre del
minorenne.....

nata a il / /

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
minorenne.....

nato a il / /

e residente a

in via/piazza

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 minorennein ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a

in via/piazzan.....

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