



ISTITUTO SUPERIORE DI ISTRUZIONE SECONDARIA "A. VOLTA"

81031 - AVERSA Via dell'Archeologia, 78/80 Tel. Segreteria 081/5026078 fax 081/0083959
Distretto Scolastico n.15 - C.F. 81001090612 - Cod. Mecc. CEIS03700T
e-mail CEIS03700T@istruzione.it - sito www.isisvoltaaversa.it

Comunicazione n. 176

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE - "A VOLTA" - AVERSA
Prot. 0003247 del 21/04/2023
II (Uscita)

Agli operatori scolastici
Alle famiglie
Agli studenti e alle studentesse
Al DSGA
Sito Web

Oggetto: Orari e modalità sportello di ascolto - supporto psicologico

Lo sportello ha come destinatari operatori scolastici, genitori e alunni. Con la presente si comunica che, a partire da mercoledì 26 aprile 2023, lo sportello di ascolto - supporto psicologico -funzionerà in presenza, dalle ore 9:00 alle ore 14:00, secondo il calendario che segue:

- mercoledì 26 aprile 2023
- giovedì 4 maggio 2023
- giovedì 11 maggio 2023
- giovedì 18 maggio 2023
- giovedì 25 maggio 2023
- martedì 30 maggio 2023

Per accedere allo Sportello è necessario prenotarsi compilando il consenso informato (allegato A per i minorenni e allegato B per i maggiorenni), in tutte le sue parti, e o inviarlo all'indirizzo di posta elettronica: elisabettadigiovannantonio@gmail.com

Gli studenti e le studentesse minorenni potranno accedere allo Sportello di Ascolto Psicologico soltanto con il consenso dei propri genitori/tutori (come previsto dall'art. 31 del Codice Deontologico degli Psicologi), a tal fine, gli alunni minorenni dovranno far firmare il consenso informato da entrambi i genitori e allegare le copie dei documenti di riconoscimento degli stessi.

Al su esposto indirizzo di posta elettronica, è possibile comunicare, in via eccezionale, richieste di variazioni dell'orario di ascolto.

Tutta la modulistica sarà custodita dallo psicologo.

Si ricorda, infine, che il contenuto degli incontri è protetto dal segreto professionale secondo quanto previsto dall'art. 622 del C.p.

Si allegano:

- Allegato A (Consenso informato per gli utenti minorenni).
- Allegato B (Consenso informato per gli utenti maggiorenni).

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Simona Sessa

Documento firmato digitalmente ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Simona SESSA)



Consenso informato per l'accesso allo Sportello D'Ascolto Psicologico (minori)

Il professionista, dott.ssa Elisabetta Di Giovannantonio iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n.6594, nello svolgimento delle proprie funzioni è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine. I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti da 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.

La Sig.ra _____
 Nata a _____ il ____ / ____ / _____
 residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

Il Sig. _____
 Nato a _____ il ____ / ____ / _____
 residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

Genitori/Tutori dell'alunno/a _____ classe ____ sez. _____

dichiarano in piena consapevolezza di aver compreso quanto sopra illustrato e di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Elisabetta Di Giovannantonio presso lo Sportello d'Ascolto Psicologico.

Firma della madre

Firma del padre

Luogo e data

Consenso informato per l'accesso allo Sportello D'Ascolto Psicologico (maggioirenni)

Il professionista, dott.ssa Elisabetta Di Giovannantonio, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n.6594, nello svolgimento delle proprie funzioni è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine.

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.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ___/___/_____

residente a _____ in via/piazza _____ n _____

dichiara in piena consapevolezza di aver compreso quanto sopra illustrato e di prestare il proprio consenso affinché possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Elisabetta Di Giovannantonio presso lo Sportello D'Ascolto Psicologico.

Luogo e data

Firma
