



Ministero dell'Istruzione dell' Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRESIVO CAVA "CARDUCCI- TREZZA "

Via Carlo Santoro,18- 84013 Cava de' Tirreni (SA)

Tel.e Fax:089461345- Tel.0892966817

Cod.mecc. SAIC8A300D – p. iva 95146610654

E-MAIL: saic8a300d@istruzione.it – PEC: saic8a300d@pec.istruzione.it

www.ic-carduccitrezza.edu.it

ISTITUTO COMPRESIVO CAVA CARDUCCI-TREZZA
Prot. 0004481 del 06/09/2021
08-02 (Uscita)

AVVISO N. 11

Al personale scolastico

Agli studenti e famiglie

Atti

Oggetto: Servizio Counseling psicologico 2021-22- procedura per usufruire del servizio e per la prenotazione

Si porta a conoscenza delle SS.LL. che a partire dal 15 Settembre 2021 sarà riattivato per gli studenti, i genitori, il personale Docente e il personale ATA, il servizio di consulenza con lo Psicologo-Psicoterapeuta per incontri individuali a distanza o in presenza, al fine di supportare l'utenza in questo lungo e difficile periodo di emergenza sanitaria, periodo che tanti rivolgimenti psicologici sta comportando per i ragazzi ma anche per gli adulti.

Per poterne usufruire sarà necessario innanzitutto che i genitori inviino all'indirizzo email dello psicologo, psicologo@ic-carduccitrezza.edu.it, il consenso a fruire del servizio, corredato da copia della carta di identità degli stessi. Il documento con il quale i genitori potranno fornire il consenso può essere reperito in calce alla presente circolare.

Per effettuare la prenotazione dell'appuntamento con lo psicologo, i genitori o il personale scolastico dovranno procedere compilando il modulo google al seguente link:

<https://forms.gle/vxcx67SqrqWwPQpR6>

Gli incontri si svolgeranno a distanza o in presenza, ogni **mercoledì**, in 5 fasce orarie:

15.00/16.00

16.00/17.00

17.00/18.00

18.00/19.00

19.00/20.00

L'appuntamento sarà confermato di volta in volta a ciascun richiedente via mail direttamente dallo psicologo, il cui indirizzo email è il seguente: psicologo@ic-carduccitrezza.edu.it . Per entrare nella stanza virtuale gli studenti o il personale scolastico o i genitori che intendono usufruire del servizio dovranno utilizzare esclusivamente l'account nome.cognome@ic-carduccitrezza.edu.it e digitare il codice “psicologo” nell'Applicazione Meet nell'orario e nel giorno indicato nella mail di conferma dell'appuntamento.

Il Dirigente Scolastico

F.to Dott.ssa Filomena Adinolfi

() Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate e sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.*

**CONSENSO INFORMATO COUNSELING PSICOLOGICO CONSENSO INFORMATO
PSICOTERAPIA PER I MINORI**

Il sottoscritto sig. _____ nato
a _____ il _____ e _____ residente in

La sottoscritta sig.ra _____ nato
a _____ il _____ e _____ residente in

genitori del minore _____ nato/a a
_____, frequentante la classe _____

dell'Istituto Comprensivo Carducci Trezza di Cava de' Tirreni,

dichiarano di essere stati informati sui seguenti punti:

- la prestazione offerta è un counseling psicologico finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psicologico personale; 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; lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di 60 minuti ciascuno, con frequenza da valutare in relazione alla problematica psicologica e alla disponibilità dello psicologo; lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Dichiarano di consentire alla partecipazione del proprio figlio/a all'attività di counseling
psicologico. Luogo e data _____

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE _____

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO

30 GIUGNO 2003, N. 196 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Con la presente si informa che, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per l'esecuzione della prestazione professionale strettamente inerente l'attività di counseling psicologico e per potere adempiere ai conseguenti obblighi legali.

I suddetti trattamenti potranno essere eseguiti utilizzando supporti cartacei e/o informatici anche ad opera di terzi; in ogni caso il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati personali c. d. "sensibili" non verranno comunicati o diffusi a terzi per nessun motivo e saranno trattati limitatamente al perseguimento delle finalità indicate.

OGGETTO: Espressione di consenso ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

I _____ **sottoscritti** _____ **genitori**
dell'alunno _____ **esprimono il loro consenso**
al trattamento dei dati per le finalità strettamente connesse all'attività di counseling
psicologico.

Luogo e data _____

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE
