Ministero dell'Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
"ISTITUTO COMPRENSIVO 2 - via BARBARANELLI"
Via F. Barbaranelli, 3/3-a - 00053 CIVITAVECCHIA (RM) Tel. 0766.546963 Fax: 0766.546961
Cod.Fisc. 91038390588 - Cod.Mecc. RMIC8GN009 – www.iccivitavecchia2.edu.it
E-mail: rmic8gn009@istruzione.it – Pec: rmic8gn009@pec.istruzione.it

Circolare n. 135

Alle famiglie e al personale dell'IC CIVITAVECCHIA 2
Al Dsga
Al sito

Oggetto: Sportello di consulenza psicologica per la comunità scolastica

Si informano le famiglie ed il personale in servizio presso la nostra istituzione scolastica che a partire dal 19 gennaio 2023 sarà riattivato il servizio di consulenza psicologica per alunni, genitori, docenti e personale Ata, gestito dalla Dottoressa Emanuela Peroni, regolarmente iscritta all'ordine degli Psicologi del Lazio in data 26-11-2012 con n. 19567.

Le prestazioni saranno rese presso le singole sedi scolastiche secondo calendario predisposto dalla psicologa e saranno organizzate come di seguito:

a) **Tipologia di intervento**: colloqui individuali per alunni; colloqui individuali e/o di coppia per genitori; colloqui individuali per il personale; attività di gruppo-classe per gestione dinamiche relazionali;
b) **Modalità organizzative**: colloqui individuali principalmente in orario scolastico (vedi calendario allegato);
c) **Scopi**: promuovere la conoscenza e la consapevolezza dei propri comportamenti, pensieri ed emozioni, favorire il benessere e intervenire in situazioni di disagio;
d) **Limiti**: trattasi di una consulenza psicologica finalizzata alla consapevolezza e alla risoluzione della problematica diversa da un intervento psicoterapeutico.

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 http://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 modulo allegato, prima di sottoscriverlo.

Qui di seguito il Calendario con i giorni disponibili per la consulenza Psicologica:

Gennaio:
giorno 19 ore 9-14
giorno 26 ore 9-13

Febbraio:
giorno 2 ore 9-13
giorno 9 ore 9-13
giorno 16 ore 9-13
giorno 23 ore 9-13

Marzo:
giorno 2 ore 9-13
giorno 9 ore 9-13
giorno 16 ore 9-13
giorno 23 ore 9-13
giorno 30 ore 9-13

Aprile:
giorno: 13 ore 9-13
giorno 20 ore 9-13

Maggio:
giorno 4 ore 9-13
giorno 11 ore 9-13
giorno 18 ore 10-12

Per le sottoscrizioni della persona assistita si prega di inoltrare richiesta direttamente alla Dott.ssa Peroni , secondo modulistica di seguito allegata, al seguente indirizzo:
emanuelaperoni81@gmail.com

Civitavecchia, 13 gennaio 2023

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa De Luca Francesca
(Firma autografa sostitutiva a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3co.2 del D.lgs. n. 39/93)

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

PERSONALE SCUOLA E/O GENITORI

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

ALUNNI

La Sig.ra ..... madre
dell'alunno.....
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 dalla dott.ssa.. PERONI EMANUELA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. .....padre
dell'alunno.....
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 dalla. dott. ssa PERONI EMANUELA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre