



Ministero dell' Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale "G. Marconi"

Via Egitto, 1 - 92027 LICATA - Tel. 0922/773044 - fax 0922/773550

Cod. fisc. 81000570846 - cod. mecc. agic834003

codice univoco di fatturazione: **UF0KA3**

agic834003@istruzione.it - AGIC834003@PEC.ISTRUZIONE.IT

www.istitutocomprensivomarconilicata.edu.it

Licata 31/03/2025

Ai Sigg. docenti

Ai Sigg. genitori

Agli alunni

Al D.S.G.A.

Al sito web, agli atti

IST.COMPR. "MARCONI" LICATA
Prot. 0004258 del 31/03/2025
IV-5 (Uscita)

Circ. n. 134

Oggetto: - "Azioni educative in aree di grave esclusione sociale e culturale"- attivazione sportello di ascolto

Si comunica che dal 31/03/2025 è attivo, presso il nostro Istituto, lo sportello di ascolto che rientra nelle attività previste dalla circolare n.27 del 27/11/2024 dell'assessorato dell'Istruzione e della formazione Professionale, **Regione Siciliana**, avente ad oggetto **"Azioni educative in aree di grave esclusione sociale e culturale"**.

Lo sportello, curato dalla Dott.ssa Laura Termini e dalla Dott.ssa Alessandra Collura, verrà attivato dal lunedì al venerdì, l'orario verrà comunicato nelle singole classi e affisso nella bacheca della scuola; gli alunni potranno utilizzare liberamente il servizio previa presentazione del consenso informato da consegnare al primo incontro.

Di seguito le mail per concordare eventuale appuntamento:

lauratermini@libero.it

alessandracollura20@gmail.com

Si allega consenso informato



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Maurilio Lombardo



Ministero dell' Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale "G. Marconi"

Via Egitto, 1 - 92027 LICATA - Tel. 0922/773044 - fax 0922/773550

Cod. fisc. 81000570846 - cod. mecc. agic834003

codice univoco di fatturazione: **UF0KA3**

agic834003@istruzione.it - AGIC834003@PEC.ISTRUZIONE.IT

www.istitutocomprensivomarconilicata.edu.it

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

Le sottoscritte dott.ssa Laura Termini – Alessandra Collura, Psicologhe, iscritte all'Ordine degli Psicologi Regione Sicilia n 4429 (Laura Termini lauratermini@libero.it) – 5667/A (Alessandra Collura alessandracollura20@gmail.com), prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola G. Marconi forniscono le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso: i locali della scuola;

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

(a) tipologia d'intervento: Supporto emotivo, sostegno psicologico e motivazione allo studio;

(b) modalità organizzative: da concordare in orario scolastico ed extra-scolastico da lunedì al venerdì;

(c) scopi: gestione delle emozioni, lavoro sul problem solving, gestione delle relazioni; tecniche di apprendimento efficaci;

(d) limiti

(e) durata delle attività: variabile;

Il professionista, 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.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Le Professioniste

Dott.ssa Laura Termini

Dott.ssa Alessandra Collura

MAGGIORENNI

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

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....

nata a il ____/____/____

e 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenni.....

nato a il ____/____/____

e 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 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 minorenni.....in 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