



Convitto Nazionale "A. NIFO"

Scuola Primaria - Secondaria di 1° grado

LICEO MUSICALE E COREUTICO – SEZ. MUSICALE

Piazzetta A. Nifo, 1
81037 - SESSA AURUNCA - (CE)
Ambito 11 – Sessa Aurunca
Tel. 0823/938342 – Fax 0823/935619
e. mail: cevc020002@istruzione.it
sito web: www.convittonazionalenifo.edu.it



Unione Europea

PON. Ambienti per
l'apprendimento

FESR 2014/2020

Ai Genitori degli alunni Semiconvittori

Agli studenti e alle studentesse
del Semiconvitto

Convitto Nazionale "A. Nifo" di Sessa Aurunca

Ai tutti gli educatori

Al personale Ata

Al Sito web

AVVISO N° 39

Oggetto: Integrazione calendario supporto psicologico SEMICONVITTO per rispondere a disagi e traumi derivanti dall'emergenza Covid-19 e per prevenire l'insorgere di forme di disagio o malessere psicofisico.

Si comunica che la psicologa dott.ssa Filomena Maietta, incaricata di svolgere il servizio di cui all'oggetto, svolgerà le attività di sportello di ascolto psicologico con gli educatori e i semiconvittori, secondo il seguente calendario:

Calendario Attività SEMICONVITTO per Sportello di Ascolto Gennaio 2021

Giorno	Dalle	Alle
8 Gennaio	17:00	19:00
11 Gennaio	15:00	17:00
18 Gennaio	15:00	19:00
21 Gennaio	15:00	17:00
25 Gennaio	15:00	18:00
27 Gennaio	15:00	19:00
30 Gennaio	15:00	18:00

Gli educatori presenti nelle classi durante gli incontri supporteranno l'iniziativa. I responsabili di plesso comunicheranno allo psicologo i link di google-meet per partecipare ai vari incontri.

Le famiglie riceveranno nella sezione *Comunicazioni* del Registro Elettronico, il **Consenso informato per le attività di sportello di ascolto**, che si allega alla presente nota (Allegato n° 1) e che si intenderà accettato con la spunta per presa visione da parte dei genitori.

La dott.ssa Filomena Maietta ha attivato lo *Sportello d'ascolto* con le seguenti modalità:

Potranno accedere allo sportello solamente gli alunni autorizzati da entrambi i genitori.

Si informano gli interessati che è possibile prenotare un colloquio personale telefonando alla dott.ssa Filomena Maietta al numero 3337084931 o **inviando la richiesta** all'indirizzo di posta elettronica (filomenamaietta@hotmail.it) della dott.ssa, fornito nel modulo che qui si allega (ALLEGATO N° 1).

Lo sportello d'ascolto è a disposizione di alunni semiconvittori, genitori, educatori e personale ATA che ne vogliano usufruire.

Confidando in una fattiva collaborazione, l'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Dirigente scolastico

Prof.ssa Giuseppina Zannini

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 D.L. vo n.39/1993

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

La sottoscritta Dott.ssa Filomena Maietta, Psicologa, iscritto all'Ordine degli Psicologi, (filomenamaietta@hotmail.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Secondaria di 1° gr. annessa al Convitto Nazionale "a. Nifo" di Sessa Aurunca fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese mediante piattaforma google meet, oppure in presenza a seconda degli sviluppi epidemiologici

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

(a) **tipologia d'intervento:** colloquio individuale o familiare

(b) **modalità organizzative:** per accedere bisogna inviare la presente informativa, scannerizzata e firmata con allegato documento d'identità di entrambi i genitori (nel caso di minore) all'indirizzo e-mail filomenamaietta@hotmail.it successivamente verrà inviata una mail di risposta contenente ora e giorno dell'appuntamento e link per eventuale colloquio mediante google meet

(c) **scopi:**

- **Informativo.**
 - Es. Richiedere informazioni sulle strategie didattiche per i B.e.s.
 - Ricevere suggerimenti per gestire la nuova quotidianità caratterizzata dalle restrizioni sanitarie
- **Orientamento alla soluzione di problemi.**
 - Aiutare l'utente a comprendere la natura dei suoi problemi e indirizzarlo verso gli strumenti più adatti per la soluzione del suo problema
 - Ricevere indicazioni su problematiche risolubili con semplici strategie pedagogiche

(d) **limiti:** non sono erogate prestazioni diagnostiche o interventi clinici, bensì interventi informativi, di consulenza e orientamento

(e) **durata delle attività:** ogni colloquio ha la durata di 45 minuti, per ogni utente sono garantiti 5 colloqui.

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.psicamp.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.

LA PROFESSIONISTA

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.ssa Filomena Maietta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

Sessa Aurunca lì,

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.ssa Filomena Maietta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Sessa Aurunca, lì.....

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 dalla dott.ssa Filomena Maietta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

Sessa Aurunca, lì.....

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.ssa Filomena Maietta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

Sessa Aurunca, lì