



# 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](mailto:cevc020002@istruzione.it)  
sito web: [www.convittonazionalenifo.edu.it](http://www.convittonazionalenifo.edu.it)



Unione Europea

PON. Ambienti per  
l'apprendimento

FESR 2014/2020

**Ai Genitori degli alunni iscritti alla Scuola Primaria  
annessa al Convitto Nazionale "A. Nifo"**

**Agli alunni e alle alunne della Scuola Primaria  
annessa al Convitto Nazionale "A. Nifo"  
di Sessa Aurunca**

**Ai tutti i Docenti della Scuola Primaria  
Al Sito web**

### AVVISO N° 38

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

Si comunica che lo psicologo dott. Ciliberti Francesco, incaricato di svolgere il servizio di cui all'oggetto, eseguirà una attività di focus-group nelle classi della **Scuola PRIMARIA**, secondo il seguente calendario rettificato per i mesi di dicembre 2020 e gennaio 2021:

Giovedì 17/12/2020 <b>FOCUS GROUP</b> <b>(presentazione progetto)</b>	<b>Dalle ore 15,00 alle ore 17,00 on line (insegnanti)</b> <b>Dalle ore 17,00 alle ore 19,00 on line (genitori)</b>
Venerdì 18/12/2020 <b>Sportello di ascolto</b>	Dalle ore 15,00 alle ore 19,00 on line
Martedì 22/12/2020 <b>Sportello di ascolto</b>	Dalle ore 15,00 alle ore 19,00 on line
Lunedì 28/12/2020 <b>Sportello di ascolto</b>	Dalle ore 15,00 alle ore 19,00 on line
Martedì 29/12/2020 <b>Sportello di ascolto</b>	Dalle ore 15,00 alle ore 19,00 on line
Giovedì 7/01/2021 <b>Sportello di ascolto</b>	Dalle ore 15,00 alle ore 19,00 on line
Martedì 12/01/2021 <b>Sportello di ascolto</b>	Dalle ore 15,00 alle ore 19,00 on line
Giovedì 14/01/2021 <b>Sportello di ascolto</b>	Dalle ore 15,00 alle ore 19,00 on line
Martedì 19/01/2021 <b>Sportello di ascolto</b>	Dalle ore 15,00 alle ore 19,00 on line
Giovedì 21/01/2021 <b>Sportello di ascolto</b>	Dalle ore 15,00 alle ore 19,00 on line

**I docenti presenti nelle classi durante gli incontri parteciperanno e supporteranno l'iniziativa presentando la classe all'esperto. I responsabili di plesso comunicheranno giornalmente 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 prestazioni di focus-group**, che si allega alla presente nota (Allegato n° 1) e che si intenderà accettato con la spunta per presa visione da parte dei genitori.

Parallelamente agli incontri di focus-group nelle classi, il dott. Ciliberti Francesco ha attivato uno *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 al dott. Ciliberti Francesco al numero 3282737841 o **inviando la richiesta** all'indirizzo di posta elettronica ([originalkekko@hotmail.it](mailto:originalkekko@hotmail.it)) del dott. Ciliberti, fornito nel modulo che qui si allega (ALLEGATO N° 2).

Lo sportello d'ascolto è a disposizione di alunni, genitori e docenti che ne vogliano usufruire.

**Si allega progetto elaborato dal Dott. Ciliberti Francesco. (Allegato N° 3).**

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

#### ALLEGATO N° 1

Di seguito si allega il consenso informativo – obbligatorio per i genitori degli alunni iscritti che desiderano partecipare al FOCUS di cui al progetto d'Istituto

**1. Per la partecipazione del proprio figlio/a al *Focus Group per le classi "Paure e ansia per la pandemia"***

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori/affidatari dell'alunno \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a **partecipare al Focus Group per le classi "Paure e ansia per la pandemia"**

Carinola \_\_\_\_\_

In Fede

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Il sottoscritto Dott. Ciliberti Francesco, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la **Scuola Primaria** 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 \_\_\_\_\_  
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](http://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.

IL PROFESSIONISTA

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**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. Ciliberti Francesco 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/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 dal dott. Ciliberti Francesco 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/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 dal dott. Ciliberti Francesco 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/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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Ciliberti Francesco presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

Sessa Aurunca, lì