



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 iscritti al Liceo Musicale "A. Nifo"

**Agli studenti e alle studentesse
della Scuola Secondaria di 2° gr.
Liceo Musicale annesso al
Convitto Nazionale "A. Nifo" di Sessa Aurunca**

Ai tutti i Docenti del Liceo

Al Sito web

AVVISO N° 40

Oggetto: Integrazione calendario supporto psicologico 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 lo psicologo dott. Massimo Cubellotti, incaricato di svolgere il servizio di cui all'oggetto, svolgerà le attività di sportello di ascolto psicologico con gli studenti e le studentesse, i genitori degli alunni del Liceo e i docenti della scuola secondaria di 2° grado, secondo il seguente calendario:

Calendario Sportello Psicologico Gennaio 2021

Gennaio 2021		
		Annotazioni
Lunedì 11/01/2021	Ore 09,00 – 13,00	In Presenza - On line
Lunedì 11/01/2021	Ore 15,00 - 19,00	On line

Gennaio 2021		
		Annotazioni
Mercoledì 13/01/2021	Ore 09,00 – 13,00	In Presenza - On line
Mercoledì 13/01/2021	Ore 15,00 - 19,00	On line

Gennaio 2021		
		Annotazioni
Lunedì 18/01/2021	Ore 09,00 – 13,00	In Presenza - On line
Lunedì 18/01/2021	Ore 15,00 - 19,00	On line

Gennaio 2021		
		Annotazioni
Mercoledì 20/01/2021	Ore 09,00 – 13,00	In Presenza - On line
Mercoledì 20/01/2021	Ore 15,00 - 19,00	On line

Gennaio 2021		
		Annotazioni
Lunedì 25/01/2021	Ore 09,00 – 13,00	In Presenza - On line
Lunedì 25/01/2021	Ore 15,00 - 19,00	On line

I docenti presenti nelle classi durante gli incontri supporteranno l'iniziativa. I responsabili di plesso comunicheranno allo psicologo i link di google-meet per partecipare all'incontro di sportello di ascolto.

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.

Il dott. Massimo Cubellotti 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. Cubellotti al numero 3396612543 o **inviando la richiesta** all'indirizzo di posta elettronica massimo.cubellotti.604@psypec.it del dott. Cubellotti Massimo, fornito nel modulo che qui si allega (ALLEGATO N° 1).

Lo sportello d'ascolto è a disposizione di alunni, genitori e docenti 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

Il sottoscritto Dott. Massimo Cubellotti, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi, (massimo.cubellotti.604@psypec.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola Liceo Musicale annesso 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.

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

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. Massimo Cubellotti 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. Massimo Cubellotti 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 dal dott. Massimo Cubellotti 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. Massimo Cubellotti presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

Sessa Aurunca, lì