CONVITTO NAZIONALE A. NIFO - AOO ISTSC_CEVC020002_PROTOCOL - PR. U. N. 0001279 DEL 29/03/2021 - C.29

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 SEMICONVITTO "A. Nifo"

Agli studenti e alle studentesse del
Convitto Nazionale "A. Nifo" di Sessa Aurunca

Ai tutti gli EDUCATORI
Al personale ATA
Al Sito web

AVVISO N° 63

Oggetto: Attivazione supporto psicologico per gli alunni, le famiglie e il personale del CONVITTO "A. Nifo", per rispondere a disagi e traumi derivanti dall'emergenza Covid-19 e per prevenire l'insorgere di forme di disagio o malessere psicofisico – Secondo periodo – marzo/giugno 2021 CALENDARIO SPORTELLO PSICOLOGICO MARZO - GIUGNO 2021.

Si comunica che la psicologa dott.ssa Filomena Maietta, incaricata di svolgere il servizio di cui all'oggetto **per gli alunni, le famiglie e il personale del Convitto** "A. Nifo" di Sessa Aurunca (CE), continuerà le attività di focus-group, secondo il seguente calendario:

Giorno	Dalle	Alle
01 Aprile	15:00	19:00
08 Aprile	15:00	19:00
10 Aprile	15:00	19:00
15 Aprile	15:00	19:00
17 Aprile	15:00	19:00
22 Aprile	15:00	19:00
29 Aprile	15:00	19:00
06 Maggio	15:00	19:00
13 Maggio	15:00	19:00
20 Maggio	15:00	19:00

CONVITTO NAZIONALE A. NIFO - AOO ISTSC_CEVC020002_PROTOCOL - PR. U. N. 0001279 DEL 29/03/2021 - C.29

NB Le date e gli orari possono subire variazioni, previa autorizzazione della DS, in base alle esigenze dell'utenza

Gli educatori presenti nelle classi durante gli incontri parteciperanno e supporteranno l'iniziativa presentando la classe all'esperta e 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, la dott.ssa Filomena Maietta 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 alla dott.ssa Maietta Filomena al 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° 2).
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

CONVITTO NAZIONALE A. NIFO - AOO ISTSC_CEVC020002_PROTOCOL - PR. U. N. 0001279 DEL 29/03/2021 - C.29

ALLEGATO N° 1

Di seguito si allega il consenso informativo – obbligatorio per i genitori degli alunni iscritti al semiconvitto 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 "***

Sessa Aurunca _____ In Fede

Firma di entrambi i genitori

_____

_____

CONVITTO NAZIONALE A. NIFO - AOO ISTSC_CEVC020002_PROTOCOL - PR. U. N. 0001279 DEL 29/03/2021 - C.29

Allegato n° 2

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 risolvibili 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

CONVITTO NAZIONALE A. NIFO - AOO ISTSC_CEVC020002_PROTOCOL - PR. U. N. 0001279 DEL 29/03/2021 - C.29

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.ssa Filomena Maietta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

Sessa Aurunca lì, ……

MINORENNI

La Sig.ra ..... madre del minorenne…….

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.ssa Filomena Maietta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Sessa Aurunca, lì……

Il Sig. .....padre del minorenne…….

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 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 minorenne.....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.ssa Filomena Maietta presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore

Sessa Aurunca, lì……