



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 alla Scuola Secondaria di primo gr.

Agli studenti e alle studentesse della sc. sec. di 1° gr.
Convitto Nazionale "A. Nifo" di Sessa Aurunca

Ai tutti i docenti
Al personale ATA
Al Sito web

AVVISO N° 66

Oggetto: Attivazione supporto psicologico per gli alunni, le famiglie e il personale della scuola Secondaria di 1° gr. 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 – aprile/giugno 2021 CALENDARIO SPORTELLO PSICOLOGICO APRILE - GIUGNO 2021.

Si comunica che la psicologa dott.ssa Casale Luana, incaricata di svolgere il servizio di cui all'oggetto **per gli alunni, le famiglie e il personale della SCUOLA SECONDARIA di 1° gr. del Convitto "A. Nifo"** di Sessa Aurunca (CE), continuerà le attività di sportello d'ascolto, secondo il seguente calendario:

Giorno	Orario	Annotazioni
Giovedì 8 aprile	Dalle 9.00 alle 13.00	Sportello di ascolto on line o in presenza
Venerdì 9 aprile	Dalle 9.00 alle 13.00	Sportello di ascolto on line o in presenza
Martedì 13 aprile	Dalle 9.00 alle 13.00	Focus group con gli studenti on line o in presenza
Giovedì 15 aprile	Dalle 9.00 alle 13.00	Sportello di ascolto on line o in presenza
Venerdì 16 aprile	Dalle 9.00 alle 13.00	Sportello di ascolto on

		line o in presenza
Martedì 20 aprile	Dalle 15.00 alle 18.00	Incontro con i docenti on line o in presenza
Giovedì 22 aprile	Dalle 9.00 alle 13.00	Focus group con gli studenti on line o in presenza
Venerdì 23 aprile	Dalle 9.00 alle 13.00	Sportello di ascolto on line o in presenza
Lunedì 26 aprile	Dalle 15.00 alle 18.00	Incontro con i genitori on line o in presenza
Mercoledì 28 aprile	Dalle 9.00 alle 13.00	Focus group con gli studenti on line o in presenza
Venerdì 30 aprile	Dalle 9.00 alle 13.00	Sportello di ascolto on line o in presenza

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

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, la dott.ssa Luana Casale ha attivato uno **Sportello d'ascolto** con le seguenti modalità:

MODALITA' DI ACCESSO ALLO SPORTELLO: 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 Luana Casale al numero **3331870377** o **inviando la richiesta** all'indirizzo di posta elettronica (casaleluana5@gmail.com) della dott. ssa, 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. 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 SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Luana Casale, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi, 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 casaleluana5@gmail.com 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

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 Luana Casale 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 Luana Casale 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 Luana Casale 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 Luana Casale presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

Sessa Aurunca, lì