CONVITTO NAZIONALE A. NIFO - AOO ACBFCBF ISTSC_CEVC020002_PROTOCOL - PR. U. N. 0001480 DEL 29/03/2022 - IV.5

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 Docenti
-Agli Alunni e alle Famiglie
Al personale ATA
Al DSGA
-All'albo della scuola
-Al sito web: convittonazionalenifo.edu.it

AVVISO N. 101

Oggetto: Avvio delle attività relative al Progetto "Sportello di ascolto", destinato a fornire supporto psicologico a studenti e famiglie, docenti e personale non docente del Liceo Musicale annesso al Convitto Nazionale "A. Nifo" di Sessa Aurunca per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID-19 e per prevenire l'insorgere di forme di disagio o malessere psicofisico.

Si comunica l'avvio delle attività relative al progetto "Sportello di ascolto psicologico", articolato in 40 ore, destinato agli alunni, alle famiglie, ai docenti e ai non docenti del **Liceo Musicale annesso al Convitto Nazionale "A. Nifo" di Sessa Aurunca**, che sarà svolto dalla dott.ssa Raffaella Giampaglia. Il progetto, che si svolgerà in presenza, si propone di supportare psicologicamente il personale scolastico, gli studenti e famiglie. Il progetto seguirà il seguente calendario:

1° Incontro: mercoledì 30 Marzo 2022 dalle 10.00 alle 14.00
2° Incontro: mercoledì 6 Aprile 2022 dalle 10.00 alle 14.00
3° Incontro: mercoledì 13 Aprile 2022 dalle 10.00 alle 14.00
4° Incontro: mercoledì 20 Aprile 2022 dalle 10.00 alle 14.00
5° Incontro: mercoledì 27 Aprile 2022 dalle 10.00 alle 14.00
6° Incontro: mercoledì 4 Maggio 2022 dalle 10.00 alle 14.00
7° Incontro: mercoledì 11 Maggio 2022 dalle 10.00 alle 14.00
8° Incontro: mercoledì 18 Maggio 2022 dalle 10.00 alle 14.00
9° Incontro: mercoledì 25 Maggio 2022 dalle 10.00 alle 14.00
10° Incontro: mercoledì 1° Giugno 2022 dalle 10.00 alle 14.00

Per motivi organizzativi le date e gli orari potrebbero subire spostamenti, in tal caso saranno tempestivamente comunicati agli alunni e alle famiglie. Per info è possibile rivolgersi al docente F.S., al seguente indirizzo mail: giulianomarat.dimarco@gmail.com

Si allega consenso informato da compilare a cura dei genitori prima della seduta con la psicologa.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Giuseppina Zannini
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3 comma2 D.Lvo n.39/1993

CONVITTO NAZIONALE A. NIFO - AOO ACBFCBF ISTSC_CEVC020002_PROTOCOL - PR. U. N. 0001480 DEL 29/03/2022 - IV.5

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

La sottoscritta Dott.ssa Raffaella Giampaglia, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n. 1923, (recapito telefonico 3349433884; giampaglia@inwind.it) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo Musicale annesso al Convitto Nazionale "A. Nifo" di Sessa Aurunca (CE) fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese 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 cevc020002@istruzione.it oppure giulianomarat.dimarco@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 max 3 colloqui.

La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta 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

Dott. ssa Giampaglia Raffaella

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

CONVITTO NAZIONALE A. NIFO - AOO ACBFCBF ISTSC_CEVC020002_PROTOCOL - PR. U. N. 0001480 DEL 29/03/2022 - IV.5

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 dalla dott.ssa Giampaglia Raffaella e presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

Carinola, ……

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 Giampaglia Raffaella presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Carinola, 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 Giampaglia Raffaella presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

Carinola, 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 dalla dott.ssa Giampaglia Raffaella presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore