



MINISTERO DELLA ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
REPUBBLICA ITALIANA – REGIONE SICILIANA



Istituto Comprensivo Statale “Cruillas”
Scuola dell’Infanzia - Scuola Primaria
Scuola Secondaria di I Grado ad Indirizzo Musicale



via Salerno, 19 - 90146 Palermo tel. 091-220879/205466 fax 091-6854677
e-mail: paic8aa008@istruzione.it - paic8aa008@pec.istruzione.it sito web: www.iccruillas.edu.it
C.F. 97154310821

Circolare n° 270

- Ai genitori
- Ai docenti
- Al personale ata

Oggetto: sportello psicologico

Si comunica che grazie ad apposito finanziamento del MI è stato possibile realizzare il progetto “Attività di socializzazione per una gestione positiva delle emozioni” che prevede un percorso di sostegno psicologico alle classi con incontri di gruppo e incontri individuali, destinati a tutte le componenti della comunità scolastica, alunni, genitori e personale, tramite l’attivazione di uno sportello di ascolto psicologico con l’obiettivo prioritario di supportare le ansie e le paure che inevitabilmente questo difficile momento storico comporta.

Il progetto è stato affidato al dott. Seminerio, psicologo e psicoterapeuta, selezionato con apposito avviso pubblico dall’Istituzione scolastica. Il suo intervento prevede delle ore destinate ai gruppi classe per un lavoro generale sulle emozioni e l’attivazione di percorsi individuali di ascolto psicologico.

Le classi selezionate saranno al momento solo 5, ma nella seconda parte dell’anno sarà possibile coinvolgerne altre. Gli incontri, sia individuali sia di gruppo, si svolgeranno in presenza presso i locali scolastici o in modalità on line, nel caso fosse così disposto da apposite ordinanze.

Si allegano i modelli utili per poter chiedere di iniziare il percorso individuale sia per gli adulti sia per i minori, così da poter iniziare a pianificare gli interventi. Coloro che fossero interessanti ad usufruire di uno spazio individuale di ascolto e supporto psicologico dovranno indirizzare una mail all’indirizzo:

PAIC8AA008@ISTRUZIONE.IT con oggetto “richiesta ascolto psicologico”.

Il Dirigente Scolastico
dott.ssa Maria Rosa Caldarella
(documento firmato digitalmente)

CONSENSO INFORMATO SPORTELLLO D'ASCOLTO

PER IL MINORE

NOME E COGNOME _____

CLASSE _____

Io sottoscritto sig. _____ nato a _____ il
____/____/____ e residente in _____

Io sottoscritta sig.ra _____ nata a _____ il
____/____/____ e residente in _____

Genitori del minore _____ nato/a a _____ il ____/____/____

AUTORIZZANO

Il dott. Fabio Seminerio, in qualità di psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi della Sicilia al numero N° 6253 Sez. A. individuato dall'Istituzione scolastica IC CRUILLAS quale gestore dello sportello d'ascolto psicologico, ad incontrare individualmente il proprio figlio e di accettare le condizioni sotto elencate:

- la prestazione offerta è una consultazione psicologica gratuita finalizzata al conseguimento di un migliore equilibrio psicologico personale;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per il sostegno psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di 50 minuti ciascuno, con frequenza da valutare in relazione alla problematica psicologica;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- in qualsiasi momento sarà possibile per i genitori interrompere i colloqui e gli incontri finalizzati alla consultazione psicologica. Ci si impegna, in tal caso, a comunicare allo psicologo la volontà di interruzione, rendendo possibile far effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- le sedute saranno audio/videoregistrate a soli scopi professionali fermi restando gli obblighi del terapeuta al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza¹;
- si rinuncia a esercitare il diritto d'accesso ai protocolli dei test e alle audio/video registrazioni effettuate nel rispetto degli obblighi deontologici cui il professionista è tenuto, anche a tutela del minore;

Informato/a di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio fruisca della alla prestazione concordata con il dr Fabio Seminerio

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

¹ Per le comunicazioni scientifiche (pubblicazioni), è opportuno chiarire che i materiali saranno resi assolutamente anonimi e privati di ogni elemento utile a ricondurli alla persona.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo e psicoterapeuta per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
2. le audio/video registrazioni delle sedute saranno personalmente impiegate dal dr Fabio Seminerio per gli scopi professionali concernenti la prestazione a me resa;
3. i dati saranno inseriti in un archivio informatico magnetico e potranno essere trattati anche da terzi: in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
4. i dati personali - compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale - possono essere soggetti a trattamento solo con il mio consenso scritto;
5. ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
6. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
7. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del trattamento terapeutico. Oltre tale data essi saranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento terapeutico;

Presa visione della presente informativa, attestiamo il nostro libero consenso al trattamento dei nostri dati personali.

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

CONSENSO INFORMATO SPORTELLLO D'ASCOLTO

ADULTI

Io sottoscritto: _____

affidandomi al Dottore Fabio Seminerio sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione offerta è una consultazione psicologica finalizzata al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di 50 minuti ciascuno, con frequenza da valutare in relazione alla problematica psicologica e alla mia disponibilità;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta. In qualsiasi momento potrò interrompere la consultazione. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa comunicherò al terapeuta la volontà di interruzione rendendomi disponibile ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- lo psicologo è tenuto a seguire quanto riportato sul codice deontologico degli psicologi italiani
- i dati da me forniti, ivi compresi i dati sensibili, sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- il titolare del trattamento è il Dottore Fabio Seminerio
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la mia riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità cliniche e/o fiscali o comunque strettamente legate alle finalità della relazione clinica psicologica;
- il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del legale rappresentante;
- ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ho il diritto di oppormi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e posso, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che mi riguardano, conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che mi sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.

Accetto di sottopormi alle prestazioni che il dott. Fabio Seminerio riterrà necessarie nel mio caso.

In fede

Luogo data _____

Firma _____