



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. 091-7297688/205466 fax 091-6854677  
e-mail: [paic8aa008@istruzione.it](mailto:paic8aa008@istruzione.it) - [paic8aa008@pec.istruzione.it](mailto:paic8aa008@pec.istruzione.it) sito web: [www.iccruillas.edu.it](http://www.iccruillas.edu.it)  
C.F. 97154310821



## Circolare n 185

Al Personale Scolastico  
alle famiglie degli alunni

### Oggetto: ATTIVAZIONE SUPPORTO PSICOLOGICO

### FINALITA’ DELLO SPORTELLO

Si comunica che grazie ad apposito finanziamento del MI è stato possibile, anche quest’anno, 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.

### OPERATORE

Il progetto è stato affidato alla Dott.ssa Angela Lucia Chisena, psicologa e psicoterapeuta, selezionata con apposito avviso pubblico dall’Istituzione scolastica, per la sua comprovata esperienza nell’ambito della promozione del benessere nel contesto scolastico e di prevenzione primaria di varie forme di disagio.

### DESTINATARI

#### ALUNNI

L’ intervento prevede:

- incontri all'interno del gruppo classe, in orario curriculare, per attivare percorsi di riflessione sulle emozioni e la loro positiva gestione.
- percorsi individuali di ascolto psicologico su richiesta dei genitori del minore inviata alla mail dell'operatore tramite apposito modulo con allegato un documento di identità che verrà consegnato alla Psicologa al momento del colloquio.

## ADULTI

Il servizio di supporto psicologico è destinato anche al personale scolastico e alle famiglie degli alunni, per offrire uno spazio in cui parlare dei traumi e dei disagi derivanti dall'emergenza COVID 19, per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico, fornire consulenza ai docenti, e ai genitori per poter affrontare le tematiche riguardanti i corretti stili di vita, la prevenzione dei comportamenti a rischio per la salute, nonché avviare percorsi di educazione all'affettività.

## **LA MODULISTICA**

Per gli alunni:

- per gli incontri di classe, ALL.1, da inviare alla mail della scuola [PAIC8AA008@ISTRUZIONE.IT](mailto:PAIC8AA008@ISTRUZIONE.IT) con oggetto: "autorizzazione attività di classe psicologo"
- per gli incontri individuali, ALL.2 da inviare alla mail della psicologa: [angelachisena@byciuro.it](mailto:angelachisena@byciuro.it), con oggetto: "richiesta incontro individuale scuola Ic Cruillas".

Per gli adulti

Il personale scolastico e i genitori interessati a percorsi individuali di ascolto potranno inviare una mail al seguente indirizzo: [angelachisena@byciuro.it](mailto:angelachisena@byciuro.it) con oggetto: "richiesta incontro individuale scuola I.C.S. "Cruillas", con allegato un documento di identità che verrà consegnato alla Psicologa al momento del colloquio.

I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le

esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.

### **MODALITA' DI SVOLGIMENTO**

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 o per motivate esigenze degli utenti.

Le modalità di svolgimento delle attività individuali verranno stabilite direttamente dalla psicologa con il genitore o lavoratore che ne farà richiesta.

La dottoressa Angela Lucia Chisena, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi che prevede la riservatezza su tutto quanto emerge negli incontri.

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

## CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D'ASCOLTO\_ATTIVITÀ DI 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

### AUTORIZZANO

Il dott.ssa Angela Lucia Chisena, in qualità di psicologo individuato dall' Istituzione scolastica Ic Cruillas quale conduttore del progetto "Attività di socializzazione per una gestione positiva delle emozioni", ad incontrare il proprio figlio per un percorso di sostegno psicologico alla positiva gestione delle emozioni, da realizzarsi all'interno della propria classe in orario scolastico.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_

FIRMA DELLA MADRE

\_\_\_\_\_

**RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO SPORTELLO D'ASCOLTO I.C.S. "CRUILLAS"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a : \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Chiede l'intervento di supporto psicologico**

A tal fine dichiara:

- Di essere alunno/alunna attualmente frequentante la scuola I.C.S. "CRUILLAS" PLESSO \_\_\_\_\_
- Di essere personale dipendente attualmente in servizio presso la scuola I.C.S. "CRUILLAS"
- Di essere genitore/tutore/affidatario di alunno/i frequentante/i la scuola I.C.S. "CRUILLAS" genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

Affidandosi alla psicologa dr.ssa Angela Lucia Chisena **dichiara** di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003, che:

1. che la prestazione che verrà offerta è un sostegno psicologico di tipo consulenziale, in presenza o secondo le modalità online se necessarie finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale in questa fase di emergenza;
2. i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di <sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub> protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili;
3. Il titolare del trattamento è la dr.ssa Angela Lucia Chisena;
4. il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed <sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub> 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 del professionista incaricato dalla scuola;
5. La Psicologa si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale.
6. la Psicologa, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi;
7. I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.
8. Al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti

definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e dal Reg UE 2016/679.

Con la presentazione della richiesta di supporto psicologico si dichiara di avere ricevuto la suddetta informativa.

Allega :

- documento di identità
- Consenso informato genitori per alunno minorenni

Luogo e data

FIRMA

---

## Consenso dell'esercente la podestà in caso di trattamento di dati sensibili di minore

Il/la/i sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_

Il/la/i sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/i esercente/i la podestà genitoriale/tutoria su minore (o chi ne fa le veci) del minore \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

Affidandosi alla psicologa dr.ssa Angela Lucia Chisena **dichiara** di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003, che:

- la prestazione che verrà offerta è un sostegno consulenziale in presenza o secondo le modalità online se necessarie finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale in questa fase di emergenza;
- gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui online;
- i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente; al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e dal Reg UE 2016/679. Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili.
- Il titolare del trattamento è la dr.ssa Angela Lucia Chisena;
- la psicologa dottoressa Angela Lucia Chisena si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale. <sup>[L. 196/03]</sup><sub>[SEp]</sub>
- il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed <sup>[L. 196/03]</sup><sub>[SEp]</sub> 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 del professionista incaricato dalla scuola, il quali svolgerà le suddette attività sotto la diretta supervisione del dirigente scolastico;
- la Psicologa, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi;
- I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.

**Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui i colloqui online con la Psicologa, impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità.**

Con la presentazione della richiesta di supporto psicologico si dichiara di avere ricevuto la suddetta informativa.

Allega:

- documento di identità di entrambi i genitori/tutori/affidatari

(Luogo e data)

\_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_

<sup>[L. 196/03]</sup><sub>[SEp]</sub> (Firma) \_\_\_\_\_