



Liceo Classico, Scientifico,
Artistico e Professionale
**BENEDETTO
VARCHI**
Montevarchi

I.S.I.S. - "B. VARCHI"-MONTEVARCHI
Prot. 0014612 del 17/11/2024
V (Uscita)

A.S. 2024/2025 Circolare n° 175

Alla c.a. di Studentesse, Studenti e loro Genitori

studenti@isisvarchi.edu.it

e, p.c. al Direttore SS.GG.AA.

al personale A.T.A.

Al sito web

www.isisvarchi.edu.it

OGGETTO: Attivazione sportello di supporto psicologico

Si comunica che a partire **da lunedì 18 novembre 2024** sarà riattivato lo sportello di supporto psicologico già avviato negli anni scolastici precedenti sulla base del Protocollo d'Intesa tra il MI e il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi.

Il servizio di sportello si pone la finalità di promozione della salute, in particolare del "benessere fisico, psichico, socio-relazionale, con obiettivi di prevenzione del disagio e delle devianze, oltre che di educazione alla gestione del proprio equilibrio mentale nel rispetto della propria individualità". Le attività di ascolto, limitate al contesto scolastico ed escludendo qualsiasi intervento di diagnosi e terapia individuale, vogliono essere una risorsa che la scuola mette a disposizione della comunità scolastica, affinché tutti possano sentirsi supportati in caso di necessità.

Lo sportello di ascolto psicologico, che si svolge nel pieno rispetto della normativa sulla privacy, verrà anche quest'anno curato dalla **dott.ssa Rachele Nannicini**.

Gli incontri, della durata di trenta minuti, vengono svolti in presenza alternando la loro effettuazione tra le tre sedi (Sede centrale, Artistico e Professionale), come da calendario allegato.

Gli studenti saranno autorizzati ad accedere allo sportello, in orario curriculare, allontanandosi dalla lezione in corso.

Coloro, che intendano usufruire del servizio gratuito, dovranno compilare il modulo del consenso per la prestazione professionale per minorenni o maggiorenni.

Gli appuntamenti sono prenotabili attraverso il link del sito della scuola, dove sono reperibili le informazioni, il calendario e la modulistica per il consenso, cliccando sul pulsante

Sportello
di ascolto

Si coglie l'occasione per inviare cordiali saluti.

DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Chiara Casucci

Documento firmato digitalmente ai sensi del C.A.D.

In allegato:

- *Calendario*
- *Consenso minorenne e maggiorenne*

Dirigente scolastico:
Prof.ssa Chiara Casucci
dirigente@isisvarchi.edu.it

Viale Matteotti 50
52025 Montevarchi (Ar)
Tel. 055 9102774
Codice Ministeriale: ARIS019006
Cod. Fisc. 81004290516

Mail: aris019006@istruzione.it
Pec: aris019006@pec.istruzione.it
www.isisvarchi.edu.it



Sportello di ascolto psicologico a.s. 2024-25

Lunedì 18 novembre ore 8.30-9.00 **succursali**

Martedì 19 novembre ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 28 novembre ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 28 novembre ore 10.15-10.45 **succursali**

Lunedì 2 dicembre ore 8.30-9.00 **succursali**

Martedì 3 dicembre ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 12 dicembre ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 12 dicembre ore 10.15-10.45 **succursali**

Lunedì 16 dicembre ore 8.30-9.00 **succursali**

Martedì 17 dicembre ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 9 gennaio ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 9 gennaio ore 10.15-10.45 **succursali**

Lunedì 13 gennaio ore 8.30-9.00 **succursali**

Martedì 14 gennaio ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 23 gennaio ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 23 gennaio ore 10.15-10.45 **succursali**

Lunedì 27 gennaio ore 8.30-9.00 **succursali**

Martedì 28 gennaio ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 6 febbraio ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 6 febbraio ore 10.15-10.45 **succursali**

Lunedì 10 febbraio ore 8.30-9.00 **succursali**

Martedì 11 febbraio ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 20 febbraio ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 20 febbraio ore 10.15-10.45 **succursali**

Lunedì 24 febbraio ore 8.30-9.00 **succursali**

Martedì 25 febbraio ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 6 marzo ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 6 marzo ore 10.15-10.45 **succursali**

Lunedì 10 marzo ore 8.30-9.00 **succursali**

Martedì 11 marzo ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 20 marzo ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 20 marzo ore 10.15-10.45 **succursali**

Lunedì 24 marzo ore 8.30-9.00 **succursali**

Martedì 25 marzo ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 3 aprile ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 3 aprile ore 10.15-10.45 **succursali**

Lunedì 7 aprile ore 8.30- 9.00 **succursali**

Martedì 8 aprile ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 17 aprile ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 17 aprile ore 10.15-10.45 **succursali**

Venerdì 2 maggio ore 9.00-10.00 **sede**

Venerdì 2 maggio ore 10.15-10.45 **succursali**

Lunedì 5 maggio ore 8.30- 9.00 **succursali**

Martedì 6 maggio ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 15 maggio ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 15 maggio ore 10.15-10-45 **succursali**

Lunedì 19 maggio ore 8.30- 9.00 **succursali**

Martedì 20 maggio ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 29 maggio ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 29 maggio ore 10.15-10-45 **succursali**

Martedì 3 giugno ore 9.00-10.00 **sede**

Giovedì 5 giugno ore 12.40-13.10 **succursali**

MODULO DI CONSENSO INFORMATO MINORENNI

per l'utilizzo dello "Sportello di Ascolto Psicologico"

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____, padre di _____, tel. Cell. _____ (per controllo consenso);

Io sottoscritta _____ nata a _____ il _____, madre di _____, tel. Cell. _____ (per controllo consenso);

in virtù della potestà genitoriale diamo il consenso a che nostro figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali della **Dott.ssa RACHELE NANNICINI** nell'ambito del servizio di "Sportello di Ascolto Psicologico" attivato presso l'Istituto "B. Varchi".

[oppure,

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____, in ragione del provvedimento emesso da _____ in data _____, in qualità di tutore del minore o di esercente in modo esclusivo della potestà genitoriale, presto il consenso a che il minore _____ usufruisca delle prestazioni professionali del Dott.ssa RACHELE NANNICINI nell'ambito del servizio di "Sportello di Ascolto Psicologico" attivato presso l'Istituto "B. Varchi".

Dichiariamo di essere a conoscenza che:

- la prestazione che verrà offerta è una consulenza finalizzata ad una migliore comprensione delle dinamiche e delle problematiche personali che coinvolgono nostro figlio/a;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio personale della durata di circa 30 minuti;
- la prestazione verrà effettuata nel rigoroso rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- il trattamento dei dati personali del figlio/a avviene con procedure idonee a tutelare la sua riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi; Il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di chiarimento e di aiuto per chi affluisce allo sportello; ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, l'interessato ha il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e può richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano, e 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 gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.

Luogo e data _____

Firma/e del/i genitore/i

MODULO DI CONSENSO INFORMATO MAGGIORENNI

per l'utilizzo dello "Sportello di Ascolto Psicologico"

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, frequentante la classe ___ sez ___ indirizzo _____
fornisco il consenso informato alle prestazioni professionali della **Dott.ssa RACHELE NANNICINI** nell'ambito del servizio di "Sportello di Ascolto Psicologico" attivato presso l'Istituto "B. Varchi".

Dichiaro di essere a conoscenza che:

- la prestazione che verrà offerta è una consulenza finalizzata ad una migliore comprensione delle dinamiche e delle problematiche personali che mi coinvolgono;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio personale della durata di circa 30 minuti;
- la prestazione verrà effettuata nel rigoroso rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- il trattamento dei miei dati personali avviene con procedure idonee a tutelare la sua riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi; Il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di chiarimento e di aiuto per chi affluisce allo sportello; ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, l'interessato ha il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e può richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano, e 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 gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.

Luogo e data _____

Firma
