



Istituto di Istruzione Secondaria Superiore
MARSANO
Professionale e Tecnico Agrario Statale
Via alla Scuola di Agricoltura, 9 – 16167 GENOVA
tel. 010 372 61 93



Comunicazione n. 51

Alle studentesse e agli studenti
Ai/alle docenti e al personale A.T.A.
Alle famiglie degli studenti e delle
studentesse dei plessi di Sant'Ilario e
Molassana
e, p.c. alla D.S.G.A.

Oggetto: Servizio sportello psicologico

Si informa che dal giorno lunedì 7 novembre p.v. riprenderà in tutti i plessi dell'Istituto lo sportello psicologico, il cui servizio quest'anno è affidato alla Dott.ssa Giulia Prasso e alla Dott.ssa Valentina Venuto (solo per lo sportello on line).

La Dottoressa Prasso ha cominciato oggi a girare i diversi plessi per presentarsi.

Si tratta di uno sportello ad accesso libero e gratuito che l'Istituto mette a disposizione delle studentesse, degli studenti, dei genitori e degli insegnanti, che, su prenotazione, possono usufruirne a richiesta.

Le prestazioni saranno rese in presenza presso i cinque plessi dell'Istituto in aula o all'aperto (Sant'Ilario, Quarto, Molassana, Arenzano, San Colombano, Calvari) e online attraverso Skype, Whatsapp, Meet o Zoom della piattaforma G-Suite con account istituzionale.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento:

- Colloqui individuali rivolti a studenti, docenti, personale scolastico e genitori
- Attività di osservazione in classe e supporto per la gestione di dinamiche intra-classe
- Interventi teorico-esperienziali in gruppo classe: laboratori su tematiche salienti per la classe e per gli adolescenti, individuate in collaborazione con i docenti (ad es., prevenzione del bullismo e antibullismo, apprendimento delle life skills come prevenzione alla dispersione scolastica e comportamenti a rischio, educazione affettiva, ecc.)
- Somministrazione di strumenti per la valutazione del progetto (ad esempio, questionari)

I ragazzi e le ragazze minorenni devo far firmare ai genitori/tutori/esercitanti la responsabilità genitoriale il consenso informato che si allega di seguito. Insieme al consenso informato troverete altre fondamentali informazioni, che si invita a leggere attentamente.

Si invitano gli studenti e le studentesse e tutta la comunità educante ad usufruire del servizio liberamente.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Maria Orestina Onofri
*(Documento informatico firmato digitalmente
ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. 82/2005 e s.m.i.)*

CONSENSO INFORMATO PER PROGETTO SPORTELLLO DI ASCOLTO

(CONSULENZA INDIVIDUALE E LABORATORI DI GRUPPO)

Le sottoscritte dott.ssa Valentina Venuto, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Liguria n 2373, (recapiti: 333 6090318; e-mail: sportellodascolto@iismarsano.edu.it), e dott.ssa Giulia Prasso, Psicologa, Iscritta all'Ordine degli Psicologi della Liguria n 2675, (recapiti: prasso.giulia@iismarsano.edu.it, 3406167231) prima di rendere le prestazioni professionali relative al progetto Sportello di Ascolto, forniscono le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in presenza presso i cinque plessi dell'Istituto in aula o all'aperto (Sant'Ilario, Quarto, Molassana, Arenzano, San Colombano, Calvari) e online attraverso Skype, Whatsapp, Meet o Zoom della piattaforma G-Suite con account istituzionale.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento:

- Colloqui individuali rivolti a studenti, docenti, personale scolastico e genitori
- Attività di osservazione in classe e supporto per la gestione di dinamiche intra-classe
- Interventi teorico-esperienziali in gruppo classe: laboratori su tematiche salienti per la classe e per gli adolescenti, individuate in collaborazione con i docenti (ad es., prevenzione del bullismo e antibullismo, apprendimento delle life skills come prevenzione alla dispersione scolastica e comportamenti a rischio, educazione affettiva, ecc.)
- Somministrazione di strumenti per la valutazione del progetto (ad esempio, questionari)

(b) modalità organizzative:

- Gli incontri individuali sono prenotabili via mail dal lunedì al venerdì dalle 10 alle 18 o tramite SMS/WhatsApp (solo con finalità di prenotazione).
- Gli incontri di gruppo sono concordati con la scuola in base alle esigenze didattiche e formative della classe

(c) scopi:

- Promozione del benessere e della salute
Prevenzione
Formazione
Orientamento

(d) condizioni:

- Sono previsti circa 4 colloqui per ciascun richiedente di circa 30 minuti ciascuno (con flessibilità rispetto ad eventuali modifiche sul numero di colloqui/orario, in base alle esigenze contingenti). Il numero degli incontri di gruppo e la durata di ciascun intervento è concordato con la scuola in base alla tipologia del laboratorio.

- La durata dello Sportello è dal 02 novembre 2022 al 31 maggio 2023.

Il/la professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine degli Psicologi della Liguria: www.ordinepsicologi-liguria.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.

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. per il progetto Sportello d'ascolto. |
| |

Luogo e data Firma

| |
|--|
| MINORENNI |
| La Sig.ra madre del minorene..... |
| 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. per il progetto Sportello di ascolto. |
| Luogo e data Firma della madre |
| Il Sig. padre del minorene..... |

| | |
|---|-------------|
| 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 dal... dott.per il progetto Sportello di ascolto. | |
| Luogo e data Firma del padre | |

| | |
|---|------------|
| PERSONE SOTTO TUTELA | |
| La Sig.ra/Il Sig..... | nata/o |
| a..... | il / / |
| Tutore del minorenn.....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 dal... dott.per il progetto Sportello di ascolto. | |
| Luogo e data Firma del tutore | |