



I.S.I.S. "L. da Vinci – G.R. Carli- S. de Sandrinelli
Dirigenza e Sede amministrativa via Paolo Veronese, 3 - 34144 Trieste - Tel. 040 309210 - 040 313565
Sede di Via Armando Diaz, 20 - 34124 Trieste - Tel. 040 300744 - C.F. 80020660322
e-mail: tsis001002@istruzione.it - tsis001002@pec.istruzione.it - Sito web: www.davincicarli.edu.it

Circolare n.ro 177

Agli studenti maggiorenni
Ai genitori degli studenti minorenni
Al corpo docente
Al personale scolastico
Sito Web

Trieste, 26/11/2021

Oggetto: attivazione sportello d'ascolto per il supporto psicologico

Presso le sedi dell'Istituto "L. da Vinci - G.R. Carli - S. de Sandrinelli" di Trieste è attivo per il mese di dicembre lo sportello per il supporto psicologico rivolto alle alunne e agli alunni, ai genitori, al corpo docente e al personale dell'intero Istituto.

Lo sportello sarà tenuto dalla dott.ssa Martina Gantar e dal dott. Giulio Baldassi e sarà attivo nelle giornate di lunedì, martedì, mercoledì e giovedì, previo appuntamento.

In relazione a tale attività, a coloro che decideranno di usufruirne, è richiesta la compilazione del consenso informato mediante sottoscrizione dell'apposito modulo allegato:

- "Alunne/i minorenni" o "Persone sotto tutela" nel caso di alunne/i minorenni (è richiesta la compilazione di entrambi i genitori);
- "Studenti maggiorenni, genitori, corpo docente e personale scolastico" nel caso di alunne/i maggiorenni, dei genitori, del corpo docente o del personale interno all'Istituto.

Si chiede, a coloro che desiderino fissare un appuntamento di scrivere all'indirizzo e-mail sportellopsicologico@dcstrieste.it. Si prega inoltre di leggere con attenzione il contenuto del modulo allegato alla presente circolare, di compilarlo secondo le indicazioni e di inviarlo all'indirizzo mail sopraindicato.

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Istituto “L. da Vinci - G.R. Carli - S. de Sandrinelli” di Trieste

I sottoscritti:

- dott.ssa Martina Gantar, psicologa, iscritta all’Albo degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia in data 23/06/2014 e con numero 1697;
- dott. Giulio Baldassi, psicologo psicoterapeuta, iscritto all’Albo degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia in data 23/03/2015 e con numero 1753;

prima di rendere le prestazioni professionali di supporto psicologico presso le sedi dell’Istituto “L. da Vinci - G.R. Carli - S. de Sandrinelli” di Trieste, forniscono le seguenti informazioni.

Le attività di supporto psicologico saranno come di seguito organizzate:

- (a) **Scopo:** il servizio si presta come uno spazio di ascolto in cui poter offrire un supporto riguardo ad eventuali problematiche scolastiche, relazionali o emotive. L’intervento è centrato sulla promozione delle risorse individuali e sulla prevenzione del disagio.
- (b) **Tipologie d'intervento:**
- colloquio psicologico rivolto al singolo studente;
 - colloquio psicologico rivolto al personale scolastico;
 - colloquio psicologico rivolto alla famiglia dello studente.
- (c) **Modalità organizzative:** il colloquio psicologico potrà essere svolto in presenza o a distanza in relazione all’evolversi della situazione di emergenza sanitaria. Gli appuntamenti verranno fissati dagli interessati contattando direttamente gli psicologi all’indirizzo mail: sportellopsicologico@dcstrieste.it

I professionisti, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenuti all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on-line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo <https://www.ordinepsicologifvg.it/>.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà al servizio qui in oggetto, 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.

dott.ssa Martina Gantar

dott. Giulio Baldassi

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA CHE USUFRUISCE DEL SERVIZIO
SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

STUDENTI MAGGIORENNI, GENITORI, CORPO DOCENTE E PERSONALE SCOLASTICO

Il sig./la sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

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 Martina Gantar e dal dott. Giulio Baldassi presso l'Istituto "L. da Vinci - G.R. Carli - S. de Sandrinelli" di Trieste.

Luogo e data

Firma

ALUNNE/I MINORENNI (necessario consenso di entrambi i genitori)

La sig.ra _____

nata a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

madre del/della minorenni _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la proprio/a figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Martina Gantar e dal dott. Giulio Baldassi presso l'Istituto "L. da Vinci - G.R. Carli - S. de Sandrinelli" di Trieste.

Luogo e data

Firma

Il sig. _____

nato a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

padre del/della minorenni _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la proprio/a figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Martina Gantar e dal dott. Giulio Baldassi presso l'Istituto "L. da Vinci - G.R. Carli - S. de Sandrinelli" di Trieste.

Luogo e data

Firma

PERSONE SOTTO TUTELA

La sig.ra _____
nata a _____ il _____
residente a _____
in Via _____ n. _____
tutrice del/della minorenni _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la minorenni possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Martina Gantar e dal dott. Giulio Baldassi presso l'Istituto "L. da Vinci - G.R. Carli - S. de Sandrinelli" di Trieste.

Luogo e data

Firma

Il sig. _____
nato a _____ il _____
residente a _____
in Via _____ n. _____
tutore del/della minorenni _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la proprio/a figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Martina Gantar e dal dott. Giulio Baldassi presso l'Istituto "L. da Vinci - G.R. Carli - S. de Sandrinelli" di Trieste.

Luogo e data

Firma

Il Dirigente Scolastico

Ariella Bertossi

Firma autografa sostitutiva a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93