

## SPORTELLLO DI ASCOLTO E SOSTEGNO PSICOLOGICO

*“Ricorderai l’adolescenza come il periodo dalle emozioni più intense e dalle esperienze più vere. Un adolescente si butta con ogni cellula del suo corpo in quel che fa, se non altro perché è la prima volta”.*

*(Stephen Littleword)*

### CHE COSA E’ LO SPORTELLLO D’ASCOLTO CON LA PSICOLOGA?

È uno **spazio d’ascolto** per tutti gli studenti di questa scuola che sono interessati a confrontarsi con una psicologa esperta in tematiche adolescenziali. Vi si accede per **libera scelta**, non per imposizione.

La psicologa è vincolata dal **segreto professionale**, pertanto i contenuti dei colloqui (fatte salve le eccezioni previste dalla legge) saranno strettamente riservati e sarà garantito l’anonimato.

### PERCHE’ ANDARCI?

I motivi validi per accedere allo sportello d’ascolto psicologico possono essere diversi: per **essere ascoltati**, per **avere informazioni**, oppure per **confrontarsi** con un punto di vista diverso da quello abituale. La cosa importante è avere il desiderio di essere ascoltati e di confrontarsi.

Non è necessario “avere dei problemi”, ci si può rivolgere allo psicologo anche solo per **chiarirsi le idee**, per avere informazioni o per conoscersi meglio.

### QUANDO?

Lo sportello di ascolto sarà attivo il **martedì**, il **giovedì** e il **venerdì** pomeriggio, dal 1 febbraio al 31 maggio, con orario **13:45 – 15:45**.

### DOVE?

Gli incontri si terranno in un aula all’interno dei locali della scuola.

### COME?

Ogni incontro avrà una **durata massima di 50 minuti** e sarà possibile accedervi solamente tramite **prenotazione**, da effettuarsi al seguente indirizzo e-mail **psicologa.lisaribechini@gmail.com** o al seguente numero telefonico, tramite SMS o Whatsapp, **329/0464957**.

### IMPORTANTE

Per dare la possibilità agli studenti minorenni del Liceo “XXV Aprile” di usufruire del servizio “Sportello d’ascolto psicologico” è necessaria l’autorizzazione dei genitori e il consenso per il trattamento dei dati personali.

La documentazione deve essere scaricata, firmata e consegnata direttamente alla psicologa dello sportello.

Nel caso in cui non fosse possibile attuare questa procedura, la modulistica prevista può essere richiesta in segreteria.

Dott.ssa Lisa Ribechini

Psicologa iscritta all’Albo della regione Toscana n° 7847

Incaricata per il servizio “Sportello di ascolto e sostegno psicologico

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI MINORENNI ALLO SPORTELLO DI  
ASCOLTO PSICOLOGICO**

In riferimento al progetto "Sportello d'ascolto" si informa che:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
- la psicologa può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

I sottoscritti:

COGNOME E NOME PADRE \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), in via/piazza \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME MADRE \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), in via/piazza \_\_\_\_\_

In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore \_\_\_\_\_ che

frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

(Barrare la casella che interessa)

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI DEL MINORE

### Informativa ex art. 13 D.Lgs.196/2003 in materia di trattamento di dati personali e sensibili

Egregio Signore/Gentile Signora, desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30/6/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti (anche i minori) rispetto al trattamento dei dati personali. In particolare, i dati denominati sensibili (art.26) possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dei genitori del minore, secondo quanto previsto dall'Autorizzazione n. 2/2005 del Garante per la protezione dei dati personali.

1. Finalità del trattamento: La informiamo che i dati sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell'interesse e nella tutela del minore. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per la Dott.ssa Lisa Ribechini di prestare il servizio di Sportello Scolastico al minore. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e si sviluppa in una consulenza psicologica breve.

2. Modalità del trattamento: Il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l'adempimento delle sopra descritte finalità. Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dalla Dott.ssa Lisa Ribechini sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti.

3. Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso: I dati personali potranno essere comunicati/trasferiti a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell'esclusivo interesse del soggetto.

4. Titolare e Responsabile del trattamento è il Dirigente Scolastica Sandro Scapellato.

5. Diritti dell'interessato: Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e 24 del D. Lgs. 196/03 in merito alla cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati personali registrati.

I sottoscritti

Cognome e nome del padre.....

Cognome e nome della madre.....

Genitori del minore..... classe.....

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003:

o ACCONSENTONO

o NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) \_\_\_\_\_

necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data, .....

Firma del padre ..... Firma della madre.....