

ISTITUTO COMPRENSIVO "GIGI PROIETTI"
SEDE LEGALE VIA MARCO DECUMIO, 25 – 00174 ROMA Tel. 067615987
Cod. M.P.I. RMIC8G6005 – C.F. 97713300586
www.icgigiproietti.edu.it
PEO: RMIC8G6005@istruzione.it; PEC: RMIC8G6005@pec.istruzione.it

Roma, 2 novembre 2022

ALLE FAMIGLIE DEGLI ALUNNI
SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO
A TUTTI I DOCENTI

E p. c. ALLA DSGA
AL PERSONALE ATA
AL PERSONALE A.T.A.
AL SITO WEB D'ISTITUTO

CIRCOLARE NR. 81

Oggetto: Attivazione sportello d'ascolto in presenza per studenti, studentesse e genitori della Scuola Secondaria di I grado, per i docenti e per il personale ATA

Si comunica che dal mese di novembre sarà attivo un servizio di consulenza psicologica in presenza gratuito per studenti e studentesse organizzato dall'**APRE (Associazione di Psicoanalisi della relazione educativa)**, Email sportello.apre.proietti@gmail.com), finalizzato ad arricchire l'Offerta Formativa attraverso attività di prevenzione, informazione, sostegno e consulenza per prevenire il disagio emotivo e promuovere il benessere personale.

- **Supervisore del servizio**
Prof. Rocco Filipponeri Pergola Email sportello.apre.proietti@gmail.com
- **Referente**
Dr. Giorgio Soverchia
- **Consulenti per l'attività psicologica**
Giorgio Soverchia, Camilla Granata, Ettore Fioravanti, Giulia Proietti

Modalità di partecipazione

Per i minori:

- Lo sportello sarà effettuato in presenza, previa compilazione del modulo di consenso informato dei genitori o dei tutori legali (**Allegato 1** alla presente circolare) che dovrà essere stampato, compilato e consegnato al coordinatore della classe.

SEDI DI SCUOLA PRIMARIA

DAMIANO CHIESA Via Marco Decumio, 25 tel. 067615987
ALDO FABRIZI Via V. Publicola, 165 tel. 06768097
SALVO D'ACQUISTO Via Selinunte, 3 tel. 067610734

SEDI DI SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

VIA DEL QUADRARO, 102 tel. 06768044
VIALE OPITA OPPIO, 45 tel. 067615785



ISTITUTO COMPRENSIVO "GIGI PROIETTI"

SEDE LEGALE VIA MARCO DECUMIO, 25 – 00174 ROMA Tel. 067615987

Cod. M.P.I. RMIC8G6005 – C.F. 97713300586

www.icgigiproietti.edu.it

PEO: RMIC8G6005@istruzione.it; PEC: RMIC8G6005@pec.istruzione.it

- L'appuntamento per lo sportello verrà preso direttamente dagli alunni e dalle alunne (secondo le modalità che verranno comunicate dal coordinatore della classe) o inviando una richiesta di appuntamento all'indirizzo Email: sportello.apre.proietti@gmail.com.

Per tutti gli altri:

Lo sportello sarà effettuato previo appuntamento attraverso un'email al seguente indirizzo sportello.apre.proietti@gmail.com e compilazione di consenso informato (**Allegato 2** alla presente circolare).

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Flavio DE CAROLIS

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

SEDI DI SCUOLA PRIMARIA

DAMIANO CHIESA Via Marco Decumio, 25 tel. 067615987

ALDO FABRIZI Via V. Publicola, 165 tel. 06768097

SALVO D'ACQUISTO Via Selinunte, 3 tel. 067610734

SEDI DI SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

VIA DEL QUADRARO, 102 tel. 06768044

VIALE OPITA OPPIO, 45 tel. 067615785

ALL. 1
CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI DA PARTE DI LAUREATI CON
LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA, NELLO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO
PROFESSIONALIZZANTE PRESSO
L'ASSOCIAZIONE DI PSICOANALISI DELLA RELAZIONE EDUCATIVA (A.P.R.E.)

Io sottoscritto dott. Rocco Filipponeri Pergola, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Lazio con il n. 14566, prima di far svolgere colloqui di consulenza psico-pedagogica ai Tirocinanti (laureati in Psicologia di cui sono Tutor) a favore di _____, informo su quanto segue:

- La prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in incontri di supporto psico-pedagogico ed è finalizzata al conseguimento o potenziamento del benessere psicologico.
- A tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico.
- Il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani (CD) e le Linee Guida per le Prestazioni Psicologiche via internet e a distanza sono a disposizione su richiesta.
- La richiesta di consulenza dovrà essere inoltrata scrivendo all'indirizzo email sportello.apre.proietti@gmail.com.
- Non è ipotizzabile la durata dell'intervento, che si articolerà in incontri di 40 minuti massimo per una volta a settimana.
- In qualsiasi momento l'utente potrà richiedere l'interruzione del rapporto. In tal caso, si impegna a comunicare, allo stesso indirizzo email tramite il quale si è richiesta la consulenza, tale volontà e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi e "restituzione" del lavoro svolto.
- Il Tirocinante è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.
- In qualunque momento il Tirocinante potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica. Potrà anche consigliare di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista.

Io sottoscritto/a identificato/a mediante documento:

..... n° rilasciato da il

oppure

in quanto tutore del/della minore in ragione

di

(indicare provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero)

.....

in quanto genitore/tutore del/della minore

..... iscritto alla scuola

....., nella classe sezione plesso

oppure

in quanto dipendente presso la scuola in qualità di

..... dopo avere ricevuto l'informativa

di cui sopra, esprimo il consenso a usufruire dell'intervento concordato con il dott./dott.ssa

....., come sopra sintetizzato.

Data

Firma

.....

ALL. 2
CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTI DA PARTE DI LAUREATI CON
LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA, NELLO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO
PROFESSIONALIZZANTE PRESSO
L'ASSOCIAZIONE DI PSICOANALISI DELLA RELAZIONE EDUCATIVA (A.P.R.E.)

Io sottoscritto dott. Rocco Filipponeri Pergola, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Lazio con il n. 14566, prima di far svolgere colloqui di consulenza psico-pedagogica ai Tirocinanti (laureati in Psicologia di cui sono Tutor) a favore di _____, informo di quanto segue:

- La prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in incontri di supporto psico-pedagogico ed è finalizzata al conseguimento o potenziamento del benessere psicologico.
- A tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione- riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico.
- Il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani (CD) e le Linee Guida per le Prestazioni Psicologiche via internet e a distanza sono a disposizione su richiesta.
- Le prestazioni verranno rese telematicamente via Skype o via WhatsApp finché i Decreti Ministeriali prevederanno la quarantena. La richiesta di consulenza dovrà essere inoltrata scrivendo all'indirizzo email sportello.apre.proietti@gmail.com.
- Non è ipotizzabile la durata dell'intervento, che si articolerà in incontri di 40 minuti massimo per una volta a settimana.
- In qualsiasi momento l'utente potrà richiedere l'interruzione del rapporto. In tal caso, si impegna a comunicare, allo stesso indirizzo email tramite il quale si è richiesta la consulenza, tale volontà e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi e "restituzione" del lavoro svolto.
- Il Tirocinante è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.
- In qualunque momento il Tirocinante potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica. Potrà anche consigliare di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista.

Io sottoscritto/a.....
identificato/a mediante documento: n°.....
rilasciato da..... il..... In
quanto familiare dello studente.....

oppure

in quanto dipendente presso la scuola in qualità di

.....
(indicare la professione svolta presso la struttura sopraindicata)

dopo avere ricevuto l'informativa di cui sopra ed essere stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista, esprimo il mio consenso ad usufruire dell'intervento concordato con il dott./dott.ssa come sopra sintetizzato.

Data

Firma