

## Circolare N. 15

ISTITUTO COMPRENSIVO-RECALE  
Prot. 0004340 del 20/09/2024  
VI-10 (Uscita)

- Al personale docente e ATA della scuola
- Agli esercenti la responsabilità genitoriale
  - Al sito web e al Registro elettronico

**Oggetto:** Attivazione del Servizio di Assistenza Psicologica.

### il Dirigente Scolastico comunica

che, a partire dal mese di ottobre, questa istituzione scolastica in collaborazione con il Comune di Recale, ha attivato un servizio di supporto psicologico.

Il servizio, gestito dalla Cooperativa sociale l'Arca nella persona della Dott.ssa Palermo Lucia, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n.8570, verrà svolto come da locandina in allegato.

Nello specifico l'obiettivo dell'intervento è quello di:

- fornire ascolto e supporto psicologico a studenti, famiglie e personale scolastico;
- offrire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico;
- migliorare le capacità comunicative e relazionali nell'espressione dei bisogni ed emozioni nel gruppo dei pari e con gli adulti;
- pianificare ed attuare interventi ad hoc in base alle specifiche situazioni, in particolare nelle classi con emergenze educative individuate dal Collegio dei Docenti e dalle sue articolazioni.

•

Le attività prevedono:

- conduzione di colloqui psicologici con gli studenti, con i genitori, con i docenti e con il personale scolastico che lo richiedono;
- conduzione di gruppi psico-educativi per studenti, genitori, docenti e personale scolastico;
- consulenze e supervisioni agli insegnanti sulla classe.



UNIONE EUROPEA

# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI RECALE

Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria di Primo Grado

Viale Europa 3 Recale - CE



**MIM**  
Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

## Modalità di accesso al Servizio di Assistenza Psicologica

Le attività si svolgeranno nel rispetto delle normative vigenti e della deontologia professionale.

La frequenza degli incontri sarà variabile e fissata in base alla peculiarità del caso e alla necessità che emergerà di volta in volta.

I colloqui e le consulenze avverranno in totale riservatezza, previo appuntamento via mail e invio della modulistica di autorizzazione richiesta, che è allegata alla presente.

Nello specifico, gli studenti (o per loro, i genitori), i genitori, gli insegnanti e il personale scolastico possono richiedere un colloquio individuale inviando una mail direttamente alla dott.ssa Palermo Lucia all'indirizzo: [sportelloascoltorecale@gmail.com](mailto:sportelloascoltorecale@gmail.com) alla richiesta l'apposito modulo di autorizzazione allegato alla presente e pubblicato nella sezione modulistica del sito istituzionale e copia (anche fotografata) di un documento di riconoscimento.

Si ricorda che potranno accedere al servizio esclusivamente gli studenti che ricevono il consenso da parte dei titolari della responsabilità genitoriale (art. 31 del Codice Deontologico).

Le docenti ed i docenti possono richiedere, inoltre, la presenza della Dott.ssa Palermo Lucia in una determinata classe o richiedere una consulenza/supervisione in merito ad una determinata classe, gruppo singoli alunni, inviando una mail all'indirizzo [sportelloascoltorecale@gmail.com](mailto:sportelloascoltorecale@gmail.com).

In questo caso le modalità degli interventi saranno pianificate e condivise con i soggetti interessati, previa comunicazione al Dirigente Scolastico.

Il Dirigente Scolastico

f.to prof.ssa *Matrona De Matteis*

L'originale firmato digitalmente, ai del D. Lgs.  
n. 82/2005 e relative norme tecniche, è tenuto  
presso l'Ufficio scrivente



UNIONE EUROPEA

# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI RECALE

Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria di Primo Grado

Viale Europa 3 Recale - CE



**MIM**  
Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

## Consenso informato

### MINORI

La professionista, dott.ssa Palermo Lucia iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n.8570, nello svolgimento delle proprie funzioni è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile *on line* sul sito dell'Ordine.

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.

La Sig.ra .....  
madre dell'alunno/a .....  
nata a.....il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza ..... n. ....

dichiara in piena consapevolezza di aver compreso quanto sopra illustrato e di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Palermo Lucia presso lo Sportello psicologico.

Data e luogo:

Firma

Il Sig. ....  
padre dell'alunno/a .....  
Nato/a a.....il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza ..... n. ....

dichiara in piena consapevolezza di aver compreso quanto sopra illustrato e di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Palermo Lucia presso lo Sportello di ascolto.

Data e luogo:

Firma

**N.B. Allegare foto documento di riconoscimento**



UNIONE EUROPEA

# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI RECALE

Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria di Primo Grado

Viale Europa 3 Recale - CE



**MIM**  
Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

## Consenso informato

### DOCENTI, GENITORI, PERSONALE SCOLASTICO

*(docenti, genitori e personale scolastico devono inviare il presente modulo, debitamente compilato e firmato, contestualmente alla richiesta di appuntamento, allo scopo di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico.)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito ad obiettivi e modalità di intervento dello Sportello d'Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili, **FORNISCE IL PROPRIO LIBERO CONSENSO e AUTORIZZA** lo svolgimento dei colloqui con la Dott.ssa Palermo Lucia iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n.8570 .

Luogo e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

**N.B. Allegare foto documento di riconoscimento**

Il Dirigente Scolastico

f.to prof.ssa *Matrona De Matteis*

L'originale firmato digitalmente, ai del D. Lgs. n. 82/2005 e relative norme tecniche, è tenuto presso l'Ufficio scrivente