Oggetto: AUTORIZZAZIONE ad usufruire del servizio di *SPORTELLO di ASCOLTO e INTERVENTI IN AULA- SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO*

Si comunica, con la presente, l'attivazione del servizio in oggetto rivolto al personale scolastico e ai genitori di tutti gli alunni dell'istituto per la scuola primaria e secondaria

Il servizio di counseling è finalizzato alla creazione di uno spazio di ascolto e di accoglienza/orientamento per genitori e docenti di tutti gli ordini di scuola e per alunni della secondaria che sentano la necessità di confrontarsi e di richiedere consulenza rispetto a tematiche psico-educative e di gestione del singolo caso e/o dell'intero gruppo classe (si precisa che non ha finalità diagnostiche né terapeutiche per cui, in caso di necessità verranno forniti i contatti delle strutture del territorio). A tal proposito, la presenza di personale specializzato all'interno dell'Istituto ha anche l'obiettivo di implementare interventi allo scopo di prevenzione e/o di osservazione/valutazione così da poter fornire a docenti e/o genitori indicazioni su come agire e su come affrontare eventuali casi e situazioni problematiche. Nello specifico verranno effettuati interventi quali:

- Colloqui psicologici
- Osservazioni del gruppo classe
- Osservazione del caso singolo su richiesta di genitori/insegnanti
- Osservazioni dei gruppi classi prime
- Interventi in aula su richiesta dei docenti inerenti tematiche quali le emozioni, affettività, interculturalità
- Interventi rivolti a docenti e/o genitori su richiesta inerenti tematiche quali la gestione dei comportamenti problema, del gruppo classe e dei conflitti, i disturbi dell'apprendimento, autismo e disabilità

I servizi psicologici per l'.a.s in corso sono gestiti dall'equipe specialistica di Centro Synesis® Psicologia.
Responsabile dello sportello di ascolto è la Dott.ssa Martina Ceriolo

E' possibile prenotare una consulenza online o in presenza al seguente indirizzo: sportellodascolto@icsprimolevi.edu.it

► **PER I GENITORI:** I sottoscritti

Nome e Cognome genitore 1 _____

Nome e Cognome genitore 2 _____
In qualità di genitori /legali tutori del minore:

Nome e Cognome _____Frequentante la classe _____ Plesso_____

Dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoria nei confronti del minore:
□ **autorizzano;** □ **non autorizzano** il proprio accesso come genitori allo **SPORTELLO DI ASCOLTO** in presenza e alla condivisioni delle relative informazioni con i docenti che lo specialista riterrà necessarie pur nel rispetto del segreto professionale

□ **autorizzano;** □ **non autorizzano** □ INTERVENTI IN AULA e alla condivisione delle relative informazioni con i docenti che lo specialista riterrà necessarie pur nel rispetto del segreto professionale.

In caso di mancato assenso, siamo consapevoli che nostro/a figlio/a non parteciperà alla suddetta attività della classe. La liberatoria dovrà essere consegnata prima del colloquio, il professionista psicologo deve conservare una copia della stessa.

Si precisa che i termini dell'intervento, in conformità ai principi espressi negli art. 6, 7, 11 del vigente Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, seguiranno, le linee guida per le prestazioni a Distanza fornite dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi " *Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web, 2017* " *e* consultabili al sito: https://d66rp9rxjwtwy.cloudfront.net/wp-content/uploads/2015/04/Atti-Tipici_DEF_interno-LR-1.pdf,

Si richiede, considerata la minore età dei destinatari del progetto, l'autorizzazione di entrambi i genitori alla fruizione dei servizi elencarti e alla condivisione dei dati emersi con i docenti. È necessaria la firma di entrambi i genitori, anche se separati o in caso di affido esclusivo, se esercenti la potestà genitoriale e non esonerati dalle decisioni sanitarie. Si ammette la firma di un solo genitore solo in caso di decesso/detenzione. In caso di grave irreperibilità di uno dei genitori ma comunque esercente la potestà genitoriale, per l'eventuale accesso ai servizi per cui è resa necessaria la liberatoria (sportello, osservazioni su caso singoli) il genitore potrà consultare il Servizio Sociale di competenza. Si garantisce l'accesso libero agli altri servizi per cui non è richiesta autorizzazione.

Relativamente allo sportello: Fermo restando la riservatezza del colloquio secondo la quale "lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale "(art. 11), i genitori autorizzano l'istituto a contattarmi in relazione a fatti e /o notizie che venissero riferite durante l'erogazione del servizio nel caso emergessero "gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi" (art.13) così come previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani approvato dal Consiglio Nazionale del l'Ordine ai sensi dell'art. 28, comma 6, lettera c) della legge numero 56/89, in data 15-16 dicembre 2006 e recepito dal Consiglio dell'Ordine della Lombardia in data 18 gennaio 2007, modificato negli artt. 23 e 40 dal Consiglio Nazionale dell'Ordine in data 8 luglio 2009 a seguito di acquisizioni delle indicazioni del Garante , e modificato in data 5 luglio 2013

La liberatoria dovrà essere consegnata prima del colloquio, il professionista psicologo sopra indicato deve conservare una copia della stessa, è valida per tutti gli anni di permanenza dello stesso studente/docente/genitore presso l'istituto ICS Primo Levi Milano con il medesimo professionista Dott.ssa Martina Ceriolo

NOME E COGNOME DELL'ALUNNO e CLASSE: _____	Data e luogo_____
Firma genitore1: _____	Firma genitore2: _____

► **SEZIONE SOLO PER INSEGNANTI : in caso di richiesta di consulenza per casi specifici, classi o altre questioni:**

NOME E COGNOME DOCENTE
……:…..Classe……Istituto……

Firma di accettazione del servizio di Sportello di Ascolto…….. ……