



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
LICEO SCIENTIFICO STATALE "DEMOCRITO"
Viale Prassilla, 79 – 00124 Roma ☎ 06/121123816–Distretto XXI – Cod. Mecc. RMPS65000Q
Cod. Fisc. 97040180586 – e-mail: RMPS6500Q@istruzione.it - indirizzo internet: www.liceodemocrito.edu.it
SUCCURSALI: Largo Theodor Herzl, 51 – 00124 Roma Tel. 06/121125065

A tutto il personale docente
Al personale ATA
Agli studenti ed alle studentesse
Alle famiglie
Albo di Istituto
Sito Web sez. circolari

Circolare n. 237

Oggetto: **Attivazione sportello di ascolto psicologico dott.ssa Simona Grilli**

A partire da martedì 18 gennaio 2022 sarà attivo lo sportello d'ascolto psicologico, rivolto a tutte le componenti scolastiche. L'obiettivo è quello di fornire uno spazio di ascolto al fine di favorire un maggior benessere di studenti e studentesse, personale scolastico e genitori, anche in relazione al particolare momento storico.

Lo sportello di ascolto sarà attivo in presenza a settimane alterne il martedì e il mercoledì, nelle sedi di Viale Prassilla 79 e Largo Herzl 51, secondo il calendario allegato.

Per gli alunni che seguono le attività didattiche a distanza, per i genitori e anche per i docenti, sarà possibile svolgere i colloqui a distanza, utilizzando la piattaforma Google Meet.

Gli appuntamenti dovranno essere prenotati inviando una mail alla dott.ssa Simona Grilli all'indirizzo sportellodiascolto@liceodemocrito.it

Alla mail di prenotazione dovrà essere allegato uno dei seguenti moduli firmato e scansionato, a seconda del servizio prenotato:

- Consenso al trattamento dei dati personali/autorizzazione maggiorenni e minorenni (per colloqui individuali);
- Autorizzazione alla partecipazione alle attività collettive (nel caso i docenti richiedano l'attivazione di incontri con tutta la classe).

Si allegano:

- Calendario incontri
- Consenso al trattamento dei dati personali/autorizzazione maggiorenni e minorenni;

- Autorizzazione attività collettive

Roma, 12 gennaio 2022

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Angela Gadaleta

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 D. lgs. n. 39/93

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa Simona Grilli Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 18200 simona.grilli14@gmail.com prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo Statale Democrito, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso il Liceo Statale Democrito, viale Prassilla 79 e Largo Herzl 51 o su piattaforma GoogleMeet.

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

- (a) tipologia d'intervento sportello di ascolto
- (b) modalità organizzative orario scolastico, prenotazione via mail sportellodiascolto@liceodemocrito.it
- (c) scopi sostegno psicologico
- (d) limiti no presa incarico, tempistiche limitate
- (e) durata delle attività in riferimento alla necessità per un massimo di 50 minuti

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.

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.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista (firma).....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre/padre del minorene.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali
rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma della madre

Il Sig. padre/madre del minorene.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali
rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___
Tutore del minorene.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data numero)
.....
residente a
in via/piazza n.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali
rese dal... dott.presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore

**AUTORIZZAZIONE A PARTECIPARE ATTIVITÀ COLLETTIVE
ORGANIZZATE DALLO SPORTELLO PSICOLOGICO**

I sottoscritti: _____

_____ esercenti la responsabilità genitoriale

sull'alunno/a : _____ classe..... sez.....

AUTORIZZANO

il/la minore sopra indicato a:

- Prendere parte a osservazioni partecipate in classe delle dinamiche socio-relazionali, con l'ausilio di strumenti specifici della professione.
- Interventi psicoeducativi in classe di prevenzione e potenziamento del benessere, proponendo simulazioni, attivazioni in gruppo, discussioni tematiche, *circle-time*.
- Approfondimento orientativo individuale per progettare interventi educativi e didattici sistemici nel contesto scuola e famiglia ed eventualmente indirizzare le famiglie ai servizi.

In Roma.....

FIRMA _____

FIRMA _____

Sportello d'ascolto psicologico

Martedì e mercoledì dalle 10:00-13:00

LICEO DEMOCRITO

V.le Prassilla e Largo Herzl

Dott.ssa Simona Grilli

Orario 10:00 – 13:00	
Martedì 18 gennaio	Centrale - Viale Prassilla
Mercoledì 26 gennaio	Centrale - Viale Prassilla
Martedì 1° febbraio	Succursale – Largo Herzl
Mercoledì 9 febbraio	Centrale - Viale Prassilla
Martedì 15 febbraio	Centrale - Viale Prassilla
Mercoledì 23 febbraio	Succursale – Largo Herzl
Martedì 1° marzo	Centrale - Viale Prassilla
Mercoledì 9 marzo	Centrale - Viale Prassilla
Martedì 15 marzo	Succursale – Largo Herzl
Mercoledì 23 marzo	Centrale - Viale Prassilla
Martedì 29 marzo	Centrale - Viale Prassilla
Mercoledì 6 aprile	Succursale – Largo Herzl
Martedì 12 aprile	Centrale - Viale Prassilla
Mercoledì 20 aprile	Centrale - Viale Prassilla
Martedì 26 aprile	Succursale – Largo Herzl
Mercoledì 4 maggio	Centrale - Viale Prassilla
Martedì 10 maggio	Centrale - Viale Prassilla
Mercoledì 18 maggio	Succursale – Largo Herzl
Martedì 24 maggio	Centrale - Viale Prassilla
Mercoledì 1° giugno	Centrale - Viale Prassilla
Martedì 7 giugno	Succursale – Largo Herzl

N.B. Le prenotazioni per lo sportello si effettuano attraverso l'indirizzo e-mail :

sportellodiascolto@liceodemocrito.it