



Ministero dell'Istruzione e del Merito
LICEO STATALE "DEMOCRITO"
SCIENTIFICO - CLASSICO

00124 ROMA (RM) - VIALE PRASSILLA, 79 - C.F. 97040180586 - C.M. RMPS65000Q
Tel. 06121123822 – e.mail: rmps65000q@istruzione.it - RMPS65000Q@PEC.ISTRUZIONE.IT – sito: www.liceodemocrito.edu.it
Succursale: Largo Theodor Herzl, 51 – 00124 Roma – Tel. 06121125065

Al personale docente
Agli studenti e alle studentesse
Alle famiglie
Al personale ATA
All'albo d'Istituto
Al sito web sez. circolari

Circolare n. 294

Oggetto: Sportello di ascolto nell'ambito del Progetto "Inclusivi non dispersivi" (D.M. 19/2024)

Si informano le famiglie delle studentesse e degli studenti del Liceo Democrito che nell'ambito del Progetto "Inclusivi non dispersivi" (D.M. 19/2024) viene attivato uno sportello d'ascolto destinato a favorire la riflessione e l'autoconsapevolezza dei ragazzi, nonché promuovere il benessere degli stessi. Lo sportello di ascolto viene tenuto dalla Dottoressa Massaro, iscritta all'ordine degli Psicologi e attualmente collaboratrice con il centro polispecialistico Mago di Oz.

Ciascuno studente potrà iscriversi inviando una mail all'indirizzo dm19@liceodemocrito.edu.it, fermo restando che alla stessa mail dovrà essere allegato il consenso informato contenuto nella presente circolare; tale documento dovrà essere firmato da entrambi i genitori nel caso di alunni minorenni e dal solo studente nel caso dei maggiorenni.

Le iscrizioni saranno accolte in ordine di arrivo e fino a esaurimento della disponibilità oraria della Dottoressa.

Ogni studente, una volta aderito all'iniziativa, dovrà svolgere almeno 3 ore di sportello di ascolto, eventualmente replicabili, sempre in moduli da 3 ore, a seconda delle esigenze specifiche, della disponibilità della Dottoressa e dell'organizzazione della scuola.

Lo sportello sarà attivo il martedì dalle 9.30 alle 13.30 e il mercoledì dalle 13.00 alle 15.00 e sarà cura delle parti interessate accordarsi di volta in volta via mail per fissare l'appuntamento.

Roma lì, 26 febbraio 2025

Il Dirigente Scolastico
Giuseppe Desideri

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

La sottoscritta dott.ssa Maria Chiara Massaro, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.23121 prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo Statale Democrito, attivato nell'ambito del progetto "Inclusivi non dispersivi" relativo al DM19, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso gli spazi appositamente forniti dall'organizzazione dell'istituto scolastico.

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

- incontri di consulenza e supporto psicologico della durata di 60 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.

Dott.ssa Maria Chiara Massaro

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 del minorenn.....

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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 del minorenn.....

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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 minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a

in via/piazzan.....

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