

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"DELLA CORTE - VANVITELLI"
CAVA DE' TIRRENI (SA)
Prot. 0006186 del 14/12/2020
01 (Uscita)

AI DOCENTI
AL PERSONALE SCOLASTICO ATA
AGLI ALUNNI
AI GENITORI
ALBO PRETORIO

OGGETTO: ASSISTENZA PSICOLOGICA A.S. 2020/21

Il Ministero dell'Istruzione di intesa con il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP) ha firmato un protocollo per il supporto psicologico su tutto il territorio nazionale al personale scolastico, per l'avvio di un sistema di assistenza e supporto psicologico per prevenire l'insorgere dell'emergenza COVID-19 e disagio e/o malessere psico-fisico tra gli studenti delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado.

Alla luce di quanto indicato dal Ministero, si comunica alle SS.LL. che presso la nostra scuola è attivo il servizio di "Assistenza Psicologica" per **tutto il mese di dicembre** sia in sede che da remoto.

Gli interessati per poter usufruire dell'assistenza possono prenotarsi nei seguenti giorni:

- Lunedì dalle 16:00 alle 19:00
- Martedì dalle 11:00 alle 13:00
- Giovedì dalle 16:00 alle 19:00
- Venerdì dalle 16:00 alle 19:00

L'incontro avrà la durata di **un'ora** secondo la prenotazione che avverrà collegandosi alla pagina degli appuntamenti raggiungibile mediante il seguente link:

<https://calendar.google.com/calendar/u/0/selfsched?sstoken=UURFVXVCZjFDc3NjfGRlZmF1bHR8YjkwMmIxYWJiNjJlNmIxMWNjOWFmZGIxNzI1OTRjYzZM>

Si precisa che la prenotazione dovrà avvenire utilizzando **esclusivamente** l'account istituzionale.

E' necessario fornire preliminarmente l'autorizzazione per lo sportello di ascolto e di aiuto psicologico, fruendo del modello allegato.

AUTORIZZAZIONE SPORTELLO DI ASCOLTO E DI AIUTO PSICOLOGICO

Per gli studenti maggiorenni

Il sottoscritto _____ classe _____ dell'I.I.S. "Della Corte – Vanvitelli", consapevole che i miei dati saranno trattati nel rispetto di tutti i principi di legge, solo dal personale autorizzato e competente, fornisco il mio consenso per poter usufruire del servizio Sportello di ascolto e aiuto psicologico a cura della **dott.ssa Donatella Lamberti**

Luogo e data _____

Firma per accettazione _____

Per gli studenti minorenni

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente a _____ alla via _____,

La sottoscritta _____ nata a _____
il _____ e residente a _____ alla via _____,

in qualità di esercenti la potestà genitoriale, dell'alunno _____
classe _____ consapevoli che i dati saranno trattati nel rispetto di tutti i principi di legge, solo dal personale autorizzato e competente, forniamo il nostro consenso per poter usufruire dello Sportello di ascolto e di aiuto psicologico a cura della **dott.ssa Donatella Lamberti**

Luogo e data _____

Firma per accettazione _____

Firma per accettazione _____

Nel caso in cui l'autorizzazione venga firmata da un solo genitore, lo stesso deve compilare la seguente dichiarazione:

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000 dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui gli art.316, 337 ter e 337 quarter del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____

Si allega copia del documento/i di identità in corso di validità