



Liceo Scientifico Statale - "A. Diaz"

Via Ferrara – 81100 Caserta - Tel. 0823/326354
Piazza Municipio – 81020 San Nicola la Strada – Tel. 0823/457198
www.liceodiazce.it

Prot. n. 1714/IV.8

**Agli Alunni e alle loro famiglie
Ai Docenti
Al Personale Scolastico**

Oggetto: servizio di assistenza psicologica al personale scolastico, agli alunni e alle loro famiglie nel periodo di emergenza da Covid-19 a.s. 2020/2021.

Si comunica che è stato attivato il servizio di assistenza psicologica per l'a.s. 2020/2021, con la collaborazione del Dott. Gennaro Caso (Psicologo-Psicoterapeuta), al fine di offrire supporto a problematiche derivanti dall'emergenza sanitaria da Covid-19.

Il servizio persegue, in particolare, i seguenti obiettivi:

- per il personale scolastico: fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali e traumi psicologici; prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico;
- per studenti e famiglie: fornire supporto nei casi di disagio sociale, difficoltà relazionali e altri traumi psicologici.

L'attività di ascolto sarà realizzata attraverso colloqui individuali di consulenza non terapeutica, con modalità empatica di ascolto attivo; la durata di ciascun colloquio sarà max di 60 minuti e potrà avvenire:

- in presenza, con calendarizzazione degli orari e in un locale della scuola in cui sarà garantita la giusta privacy;
- a distanza, tramite la piattaforma G-SUITE.

I contenuti dei colloqui saranno strettamente coperti dal segreto professionale.

Si potrà accedere al servizio previa prenotazione di un appuntamento inviando la richiesta a ceps010007@pec.istruzione.it. Lo sportello sarà attivo fino al 30 giugno 2021.

Gli studenti minorenni che vorranno accedere al servizio dovranno presentare il **modulo di consenso informato (allegato alla presente)** debitamente compilato e firmato da entrambi i genitori o dal genitore affidatario. Non sarà erogato il servizio in caso di mancata consegna del suddetto modulo.

Il Dirigente Scolastico
Prof. ing. Luigi Suppa

PROGETTO SPORTELLO ASCOLTO - MODULO DI CONSENSO INFORMATO

(ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani")

- Da restituire all'Ufficio di segreteria didattica

Il sottoscritto (cognome e nome del padre)

e la sottoscritta (cognome e nome della madre)

genitori del minore (cognome e nome del figlio)

_____ alunno/a della classe _____ ,

dichiariamo di essere informati:

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico;
- che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico;
- che lo strumento principale di intervento è il colloquio clinico;
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11 Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta.

Noi sottoscritti in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio/a possa richiedere uno o più colloqui nel caso ne senta la necessità.

In fede Firma del padre _____

Firma della madre _____

Data _____