Ai genitori degli alunni della scuola media

23/09/2024

Prot. N.112/24

Oggetto: **apertura Sportello d'Ascolto Scolastico**

Gentili Genitori,

abbiamo il piacere di comunicarvi che è attivo lo spazio di ascolto "OASI" all'interno della scuola, dedicato ai ragazzi ed ai genitori. Tale servizio sarà in **carico alla nostra scuola** ed a titolo **gratuito** per chi desiderasse usufruirne.
Tale servizio intende offrire ascolto e consulenza rispetto alle questioni ed alle tematiche connesse alla crescita, rappresentando un punto di riferimento a cui far pervenire i bisogni di confronto e riflessione.

*L'**adolescenza** è infatti caratterizzata da importanti cambiamenti, non solo dal punto di vista fisico, e porta con sé compiti evolutivi specifici quali la conquista della propria autonomia, la progressiva costruzione della propria identità, l'assunzione del proprio ruolo sociale. È un periodo nel quale possono aumentare le insicurezze, i dubbi, le domande relative a ciò che sta accadendo, sia da parte dei ragazzi, sia da parte degli adulti che li circondano e che sono chiamati ad accompagnarne la crescita. Può quindi essere utile uno spazio in cui poter pensare le normali difficoltà connesse al periodo adolescenziale, **sentendosi accolti e non giudicati**.*

La finalità dello sportello d'ascolto in ambito scolastico si colloca in un'ottica di promozione del benessere di vita, scolastico, prevenzione del disagio. **Non prevede perciò obiettivi di cura o presa in carico terapeutica**, pur lavorando in rete con i servizi del territorio che si occupano di adolescenti.

Le modalità di accesso allo sportello-studenti avverranno tramite contatto con la segreteria della scuola, con i docenti o direttamente con il dott. Fava, psicologo iscritto all'Ordine degli psicologi del Veneto e responsabile del servizio, previa autorizzazione firmata dai genitori (vedi più avanti).

Lo sportello sarà tenuto dal dott. Giorgio Fava durante la settimana scolastica ed in orari che verranno comunicati ai diretti interessati.

Si invitano i **genitori *interessati*** a firmare il seguente modulo al fine di autorizzare l'eventuale accesso del proprio /a figlio/a allo Sportello (indipendentemente dalla volontà/necessita di accedere al servizio).

Il coordinatore didattico
Prof. Pierangelo Salin

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO O.A.S.I.

Il sottoscritto
dott. Giorgio Fava
Psicologo iscritto all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 5951
e-mail: giorgio.fava@icpberna.it

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

- Tipologia d'intervento e obiettivi principali

Lo sportello psicologico rappresenta uno spazio di informazione, sostegno e consulenza psicologica per accogliere e supportare gli studenti, i genitori e il personale scolastico nel prevenire e nell'affrontare forme di disagio e/o malessere psicofisico. Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del "Codice Deontologico degli psicologi italiani").

- Modalità organizzative

Lo sportello d'ascolto psicologico è rivolto agli studenti, a tutto il personale scolastico e ai genitori dell'I.C. Berna. Il servizio di sportello psicologico si attiverà su prenotazione dello stesso tramite una richiesta al personale scolastico per mezzo dei canali convenzionali (colloqui, indirizzo e-mail dell'istituto, contatto telefonico) oppure attraverso l'invio di una e-mail direttamente al responsabile del servizio.

- Limiti

Per l'accesso al servizio da parte degli studenti è condizione necessaria la compilazione del modulo per il consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori. In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con il professionista.

- Durata delle attività

Lo sportello psicologico sarà attivo durante l'intero anno scolastico.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. 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.

In riferimento alla circolare relativa all'attivazione dello sportello d'ascolto e consulenza **"OASI"** *rivolto a studenti e genitori, si invitano i genitori a firmare il presente modulo al fine di autorizzare l'eventuale accesso del proprio /a figlio/a allo Sportello d'Ascolto.* ***Tale autorizzazione si intende valida per l'intera permanenza del/la minore presso l'Istituto Comprensivo "Berna" e fino a diversa comunicazione da parte della famiglia****.*

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra ..... madre del minorenne…….
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/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Giorgio Fava presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. .....padre del minorenne…….
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/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Giorgio Fava 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 minorenne .....
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. Giorgio Fava presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore