

**ISTITUTO TECNICO "SAFFI/ALBERTI" - FORLÌ**Indirizzi di studio: Sistema Moda Costruzioni Ambiente Territori Chimica materiali / Biotecnologie Sanitarie-Ambientali
via Turati n. 5- 47121 FORLÌ Tel. 0543-67370 e-mail: fote020004@istruzione.it Pec: fote020004@pec.istruzione.it
sito: www.saffi-alberti.edu.it CODICE FISCALE: N. 92083960408 CODICE UNIVOCO DI UFFICIO: UFWK7GForlì, 3 dicembre 2024
Comunicazione n. 197

- A tutti gli Studenti dell'Istituto
- Alle Famiglie
- Ai Docenti
- Al Personale ATA

OGGETTO: ATTIVAZIONE SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Si comunica che, per l'Anno Scolastico 2024/2025 sarà attivato il servizio in oggetto, gestito dalla psicologa psicoterapeuta, **dott.ssa Maria Luisa Bellopede**.

Lo "Sportello di Ascolto", rivolto a Studenti, Genitori, Personale Docente/ATA, previa richiesta scritta o via mail, sarà attivato a partire da **venerdì 6 dicembre 2024**.

Lo sportello sarà attivo secondo il seguente calendario:

DATA	DALLE	ALLE	DATA	DALLE	ALLE
Venerdì 6 dicembre 2024	09.00	12.00	Venerdì 14 marzo 2025	08.00	12.00
Venerdì 13 dicembre 2024	09.00	12.00	Venerdì 21 marzo 2025	08.00	12.00
Venerdì 10 gennaio 2025	08.00	12.00	Venerdì 4 aprile 2025	08.00	12.00
Venerdì 17 gennaio 2025	08.00	12.00	Venerdì 11 aprile 2025	08.00	12.00
Venerdì 24 gennaio 2025	08.00	12.00	Venerdì 9 maggio 2025	08.00	12.00
Venerdì 7 febbraio 2025	08.00	12.00	Venerdì 16 maggio 2025	08.00	12.00
Venerdì 21 febbraio 2025	08.00	12.00	Venerdì 23 maggio 2025	08.00	12.00
Venerdì 7 marzo 2025	08.00	12.00			

Gli interessati potranno richiedere un appuntamento direttamente inviando una mail all'indirizzo: psicologo@saffi-alberti.it.

Per gli Studenti minorenni sarà necessaria l'autorizzazione delle famiglie (allegata alla presente), unica per tutto l'anno scolastico.

Gli alunni privi della suddetta autorizzazione NON accederanno allo sportello di ascolto.

Il Dirigente Scolastico
Vincenza Muratorefirma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. L.vo 39/93

P.S. Si allega modulo consenso informato per prestazioni di consulenza presso lo sportello di ascolto scolastico, unico per tutto l'anno scolastico.



ISTITUTO TECNICO "SAFFI / ALBERTI" - FORLÌ

Indirizzi di studio: Sistema Moda Costruzioni Ambiente Territori Chimica materiali / Biotecnologie Sanitarie-Ambientali
via Turati n. 5- 47121 FORLÌ Tel. 0543-67370 e-mail: fote020004@istruzione.it Pec: fote020004@pec.istruzione.it
sito: www.saffi-alberti.edu.it CODICE FISCALE: N. 92083960408 CODICE UNIVOCO DI UFFICIO: UFWK7G

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

Lo Sportello d'Ascolto costituisce uno spazio volto ad accogliere e supportare gli studenti nell'affrontare i diversi compiti evolutivi ed è tenuto presso l'Istituto Tecnico "Saffi-Alberti" di Forlì dalla Dott.ssa Maria Teresa Bellopede, Psicologa-Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 4407a, email: psicologo@saffi-alberti.it

Le prestazioni verranno svolte in presenza, previo appuntamento stabilito con la psicologa **Dott.ssa Maria Luisa Bellopede** nel giorno e nell'orario concordato.

La professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore.

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

I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018*) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nato/a _____ il ___ / ___ / _____ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, qui sopra riportato e decide, con piena consapevolezza, di prestare il proprio consenso affinché il proprio/a figlio/a possa accedere allo Sportello d'Ascolto tenuto dalla Dott.ssa Maria Luisa Bellopede

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ___ / ___ / _____ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dalla professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, qui sopra riportato e decide, con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il proprio/a figlio/a possa accedere allo Sportello d'Ascolto tenuto dalla Dott.ssa Maria Luisa Bellopede

Luogo e data _____ Firma del padre _____