



ISTITUTO TECNICO STATALE “MARCHI – FORTI”

Viale Guglielmo Marconi, 16 - 51017 PESCIA (PT) - Tel: 0572-451565 - Fax: 0572-444593
E-mail: pttd01000e@istruzione.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it



Via Caduti di Nassiriya, 87 – 51015 MONSUMMANO TERME (PT) – Tel. e Fax: 0572-950747
E-mail: istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

COMUNICATO DELLA PRESIDENZA n. 189 MF

- Pubblicato sul sito della scuola il 13 dicembre 2022

Alla cortese attenzione:

- Degli studenti
- Dei genitori
- Del personale docente
- Del personale ATA
- Del Direttore SGA

OGGETTO: Ampliamento Attività di Sportello di ascolto Psicopedagogico – Sede Marchi e Forti

Si comunica che,

a partire dal giorno **lunedì 19 dicembre p.v.**, sarà ampliata presso l'Istituto “Marchi” e l'Istituto “Forti” l'attività di “Sportello di Ascolto Psicopedagogico” avvalendosi della collaborazione della Dott.ssa Paola Lancellotti, in aggiunta a quanto già indicato nei Comunicati nr. 66 M del 05/10/2022 e nr. 47 F del 27/09/2022.

Il servizio, rivolto a STUDENTI, GENITORI, PERSONALE DOCENTE E NON DOCENTE, rappresenta un momento importante di contatto tra Scuola e Famiglia in cui gli utenti saranno ascoltati su problematiche varie: *rapporti tra coetanei, rapporti tra studenti e docenti, problematiche legate alla fase adolescenziale, problemi di relazione tra genitori e figli, problemi socio-affettivi con conseguente scarsa motivazione allo studio, altro.*

Lo Sportello di Ascolto Psicopedagogico d'Istituto sarà fruibile, indicativamente, il lunedì dalle 09:00 alle 11:00 (dott.ssa Lancellotti) in presenza presso ciascuna sede (salvo eccezioni dovute a motivi organizzativi valutati dalla dott.ssa Lancellotti e comunicata ai soggetti coinvolti).

Gli studenti, i docenti, il personale ATA, che intendano usufruire di tale servizio dovranno prenotare un appuntamento in presenza rivolgendosi alle referenti del progetto:

- Prof. Alessandro Tellini (Sede Marchi) alessandro.tellini@itsmarchiforti.edu.it;
- Prof.ssa Stefania Maggi (Sede Forti) stefania.maggi@itsmarchiforti.edu.it

o direttamente al Professionista.

I genitori potranno fare direttamente richiesta per l'appuntamento tramite le e-mail ai suddetti referenti.

Sarà garantita la massima discrezione.

Gli alunni minorenni dovranno riconsegnare il modulo di autorizzazione firmato dai genitori, direttamente alla Dott.ssa Lancellotti Paola (il modulo è presente sul sito web d'Istituto nella modulistica studenti e verrà loro consegnato dalle responsabili del progetto nel momento in cui chiedono un appuntamento).

Per ulteriori informazioni, è possibile rivolgersi ai referenti.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Anna Paola Migliorini

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. 39/1993)

Autorizzazione minore al servizio "Sportello d'ascolto psicopedagogico"

Il/La sottoscritt/a _____ Nato/a il
_____/_____/_____, a _____ Provincia
____ Genitore/tutore/affidatario dell'alunno/a _____

frequentante la Classe _____ Sezione _____ dell'ITS "Marchi-Forti"

- Sede MARCHI di Pescaia
- Sede FORTI di Monsummano Terme

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

- presso l'Istituto è attivo lo Sportello di ascolto e supporto psicopedagogico rivolto agli alunni;
- il servizio è erogato attraverso colloqui individuali a partire da una esplicita richiesta di appuntamento dello studente e/o del genitore con la Dott.ssa LANCELLOTTI PAOLA;
- lo Psicologo è tenuto a garantire l'assoluta segretezza dei dati sensibili raccolti mediante i colloqui, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal D. Lgs. 196/2003;
- lo Psicologo può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale circa le notizie, i fatti e le informazioni apprese durante i colloqui, SOLO nel caso venga a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica del minorenne preso in carico; nel qual caso è tenuto ad informare SOLO la famiglia per suggerire gli interventi appropriati;
- la presente autorizzazione è valida per l'anno scolastico 2022/2023, fatta salva la possibilità dei genitori/tutori/affidatari di esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi direttamente agli uffici di Segreteria negli orari di apertura al pubblico.

PERTANTO

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a, minorenne, ad usufruire dei colloqui individuali nell'ambito del servizio di "Sportello di ascolto e supporto psicopedagogico".

Firma di entrambi i Genitori:

Padre: _____

Madre: _____

Qualora la presente sia firmata da un solo genitore, si richiede la compilazione da parte del firmatario anche della parte sottostante:

"Il sottoscritto _____, 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 agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Firma di un solo genitore:

Padre/Madre: _____