

  		
 <p><i>Ministero dell'Istruzione e del Merito</i></p>	<p align="center">ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI VIALE LIBERTA'</p> <p align="center">Scuole dell'Infanzia "C. Corsico" - "S. Maria delle Vigne" Scuole Primarie "E. De Amicis" - "A. Botto" Scuola Secondaria di Primo Grado "G. Robecchi" Viale Libertà, 32 – 27029 Vigevano (PV) Tel. 0381/42464 - Fax 0381/42474 e-mail pvic83100r@istruzione.it - Pec: pvic83100r@pec.istruzione.it Sito internet: www.icvialelibertavigevano.edu.it Codice Fiscale 94034000185 Codice Meccanografico: PVIC83100R</p>	

Circ. n. 83

Vigevano, 10 ottobre 2024

Scuola Secondaria di Primo Grado "G. Robecchi"

Ai genitori e agli alunni

Ai docenti

Atti

Sito web

Oggetto: Sportello di Ascolto psicologico

Si informano le famiglie che **da mercoledì 16 ottobre** pv sarà attivo in orario scolastico lo "**Sportello di ascolto**" che anche quest'anno sarà finanziato dal Comune di Vigevano e gestito dal dott. Johnmarco Scupelli, psicologo psicoterapeuta ed esperto dell'età evolutiva.

Il servizio, rivolto agli studenti e ai genitori della scuola, intende offrire uno spazio di ascolto e consulenza su tematiche che riguardano la crescita dei ragazzi, nell'obiettivo di sostenere l'utilizzo di strategie funzionali ad affrontare dubbi e difficoltà tipici del periodo preadolescenziale (relazione con sé stessi e con gli amici, rapporto con gli adulti, problemi di studio, etc.).

Per una maggiore efficienza del servizio di Sportello, si chiede alle famiglie interessate a fruire del servizio di compilare il **Modulo di ADESIONE AL PROGETTO**. Solo in caso di adesione, andranno compilati anche il modulo relativo all'**INFORMATIVA PRIVACY** (*entrambi da riconsegnare all'insegnante Coordinatore di Classe*) e al **CONSENSO INFORMATO DI CONSULENZA PSICOLOGICA PRESSO LO SPORTELLO D'ASCOLTO**, (*da compilare e consegnare al professionista*) come da modulistica allegata alla circolare; in questo modo sarà più semplice, in caso di necessità, prenotare in tempi brevi un appuntamento con il dott. Scupelli.

Resta inteso che i Genitori saranno comunque tempestivamente informati su eventuali richieste di colloquio presentate dai propri figli per il tramite del coordinatore di classe.

Il dott. Scupelli si rende disponibile, inoltre, per incontri di supervisione individuali o in piccolo gruppo per gli insegnanti e confronti tematici per i genitori interessati sulle tematiche di interesse.

Nella mattinata di mercoledì 16 ottobre lo specialista passerà all'interno delle classi dell'istituto per presentare il servizio; sarà anche a disposizione dei docenti che volessero confrontarsi su situazioni o tematiche specifiche.

I contatti ai quali il dott. Scupelli è reperibile sono i seguenti:

email: johnmarcoscupelli@gmail.com

Cellulare **3284055594.**

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Giovanna Montagna (*)

(*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate e sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

Allegati: 1. Modulo di adesione al progetto; 2. INFORMATIVA PRIVACY CONSULENZA PSICOLOGICA - SPORTELLO D' ASCOLTO PSICOLOGICO; 3. Modulo di Consenso informato consulenza psicologica sportello d'ascolto psicologico

1. Modulo di ADESIONE AL PROGETTO
(da compilare e consegnare al Coordinatore di Classe)

**Sportello di ascolto e consulenza psicologica
per le scuole secondarie di primo grado
A.S. 2024/2025**

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. di Viale Libertà

Vigevano

I sottoscritti _____ e _____,
genitori (oppure il sottoscritto _____
tutore) dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____
della Scuola Secondaria di primo grado "G. Robecchi", consapevoli che l'alunno/a potrà accedere allo
"Sportello di ascolto e consulenza psicologica" solo previa autorizzazione dei genitori o del tutore, presa
visione delle informazioni rese dal professionista e dell'informativa sul trattamento dei dati personali
effettuati da parte dell'Istituto,

dichiarano/(dichiara) di

aderire **non aderire**

allo "Sportello di ascolto e consulenza psicologica" attivato presso l'Istituto.

Vigevano, _____

Firma madre _____ Firma padre _____

Firma tutore _____

**2. Modulo INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
DEGLI ALUNNI AUTORIZZATI DAI PROPRI GENITORI A FRUIRE DEI SERVIZI OFFERTI NELL'AMBITO DELLO SPORTELLO DI
ASCOLTO E CONSULENZA PSICOLOGICA**

(da compilare e consegnare al Coordinatore di Classe solo nel caso di adesione al progetto)

La presente informativa si riferisce alla **comunicazione dei nominativi e della classe frequentata dagli alunni autorizzati dai propri genitori / tutori a fruire dei servizi offerti nell'ambito del servizio di consulenza psicologica presso lo sportello d'ascolto** svolto in presenza presso i plessi scolastici oppure a distanza tramite gli account attivati ai professionisti.

Nessuna comunicazione verrà effettuata in relazione ai dati degli alunni non autorizzati dai propri genitori o dal tutore a fruire dello sportello di ascolto e consulenza psicologica.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, l'I.C. di Viale Libertà in Vigevano vi informa che provvede ad applicare le norme di cui al GDPR e al Codice della Privacy (D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.), nonché quanto previsto dalla normativa di settore e fornisce le seguenti informazioni:

1. Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è l'Istituto Comprensivo di Viale Libertà, con sede in Viale Libertà n.32, Tel.038142464, mail pvic83100r@istruzione.it, PEC pvic83100r@pec.istruzione.it in persona del Dirigente Scolastico pro tempore.

2. Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD) è il Dott. Riccardo Colangelo (e-mail: dpo.icvialelibertavigevano@outlook.it).

Tutte le informazioni sono disponibili sul sito www.icvialelibertavigevano.edu.it.

3. Finalità e base giuridica del trattamento

Nell'ambito dei servizi di supporto allo studente, i dati identificativi (nome e cognome) dello stesso, unitamente alla classe frequentata, possono essere comunicati allo Psicologo dott. Johnmarco Scupelli, che li utilizzerà nel contesto delle prestazioni professionali poste in essere in relazione allo sportello di ascolto d'Istituto, per garantire la corretta prenotazione del servizio di sportello psicologico attivato presso l'Istituto.

Fatto salvo quanto previsto dall'art. 2 ter d.lgs. 196/2003 e lo svolgimento, da parte dell'Istituto Comprensivo, di un compito di interesse pubblico rilevante, la base giuridica di tali trattamenti è il consenso (facoltativo). L'eventuale mancata manifestazione del consenso implica esclusivamente l'impossibilità per l'alunno di fruire dello sportello psicologico, mentre non pregiudica in alcun modo i trattamenti correlati alla gestione amministrativa e didattica dello studente e l'ordinaria fruizione delle attività didattiche.

4. Conservazione

In relazione alla finalità di cui al punto precedente, i dati sopra indicati saranno conservati per il tempo strettamente necessario al corretto adempimento delle incombenze sopra indicate.

5. Destinatari

I dati sopra indicati saranno comunicati esclusivamente allo Psicologo dott. Johnmarco Scupelli, fatti salvi obblighi normativi.

6. Assenza di trasferimento dei dati personali extra UE

I dati non saranno trasferiti da questo Istituto in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

7. Assenza di processi decisionali automatizzati

L'Istituto Comprensivo non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.

8. Diritti dell'interessato

Il Capo III del GDPR conferisce all'interessato il diritto di chiedere al titolare del trattamento, ricorrendone i presupposti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi allo stesso, oltre al diritto alla portabilità dei dati. Per esercitare i diritti, nei termini e secondo le modalità indicate nel Regolamento UE 679/2016, nonché nel rispetto di quanto previsto dall'art. 2 undecies d.lgs. 196/2003, può rivolgersi al titolare del trattamento, ai recapiti sopra indicati e/o con modulistica di cui può chiedere copia in segreteria. L'interessato ha il diritto di revocare il consenso eventualmente manifestato in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca, mediante comunicazione al titolare del trattamento. L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali: www.garanteprivacy.it).

I sottoscritti _____ e _____ dichiarano di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali resa dall'Istituto Comprensivo di Viale Libertà in Vigevano e

acconsentono **non acconsentono**

al trattamento (come indicato al n. 3 dell'informativa) dei dati personali dell'alunno/a _____

Vigevano, _____

Firma madre _____

Firma padre _____

**3. Modulo CONSENSO INFORMATO DI CONSULENZA PSICOLOGICA
PRESSO LO SPORTELLO D'ASCOLTO (da compilare e consegnare al professionista)**

Il sottoscritto Dott. Johnmarco Scupelli, Psicologo Psicoterapeuta, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 03/9796 dal 09/03/2006 johnmarcoscupelli@gmail.com

Consulente per il servizio di sportello d'ascolto gestito dal Comune di Vigevano, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico Scuola Secondaria di I grado Robecchi fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'Istituto G. Robecchi

Le prestazioni potranno anche essere svolte, in casi eccezionali e motivati, attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di *e-health* di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento di Google Meet mediante account scolastico istituito, scambi di e-mail e telefonate. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; 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, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

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

Tipologia d'intervento:

- Lo sportello di ascolto è uno spazio tutelato dal segreto professionale dedicato alla prevenzione del disagio e alla promozione del benessere degli attori del contesto scolastico: ragazzi, insegnanti e genitori. La consulenza offerta si basa su una relazione collaborativa che ascolta e orienta in modo non direttivo l'analisi dei bisogni espressi.
- Come tale la consulenza non ha funzione di presa in carico psicoterapica ma solo di accoglienza di un primo bisogno espresso. Gli interventi ed avverranno di norma in orario scolastico e potranno assumere la forma di colloqui individuali, a piccolo gruppo o di classe a seconda della tematica espressa e delle richieste giunte allo psicologo.

Lo sportello sarà a disposizione di docenti, ragazzi e genitori per **affrontare tematiche** quali:

- La gestione dello stress e di tutti i sintomi correlati al Covid-19
- L'orientamento (es. analisi di interesse e motivazione allo studio del ragazzo)
- L'ambientamento (es. difficoltà nelle relazioni con i compagni di classe e/o con insegnanti)
- L'organizzazione dello studio (es. difficoltà di attenzione e concentrazione)
- L'ansia da prestazione scolastica (es. agitazione in relazione ai compiti in classe e interrogazioni etc)
- Tematiche familiari che influenzano il rendimento scolastico e non
- Tematiche inerenti il ruolo educativo degli insegnanti (es. difficoltà di relazione e/o comunicazione)
- Dinamiche di gruppo inclusive e positive utili a contrastare fenomeni di bullismo e cyberbullismo

Modalità organizzative:

l'accesso allo sportello, sia per i ragazzi sia per i Docenti e i genitori, avviene su appuntamento; per prenotarsi, i ragazzi faranno la loro richiesta al Docente coordinatore della classe; per i Docenti stessi ed i genitori è possibile contattare la Prof.ssa Maria Iannello (referente), tramite email istituzionale, oppure telefonicamente al numero di cellulare 3338467687.

Durata delle attività:

lo sportello è attivo con un'apertura quindicinale il **mercoledì mattina** per tutto l'anno.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile on line sul sito dell'Ordine degli Psicologi al seguente indirizzo www.opl.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.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il Professionista (firma)

Johnmarco Scupelli

MINORENNI

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

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di

PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO oppure **NON PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO** (barrare la scelta desiderata)

affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal Dott. Johnmarco Scupelli presso lo Sportello di ascolto e/o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

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 dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di

PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO oppure **NON PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO** (barrare la scelta desiderata)

affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal Dott. Johnmarco Scupelli presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____ Firma del padre _____

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal Dott. Johnmarco Scupelli presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____ Firma _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____ il ___/___/___

Tutore del minore _____ in ragione
di _____ (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di

PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO oppure **NON PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO** (barrare la scelta desiderata)

affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal Dott. Johnmarco Scupelli presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data _____ Firma del tutore _____