



REPUBBLICA ITALIANA – REGIONE SICILIANA
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE “Fratelli TESTA”
Viale Itria 94014 Nicosia (En) Tel.: 0935647258 Fax 0935630119
<http://www.liceotesta.gov.it> e-mail: enis01900t@istruzione.it
e-mail certificata: enis01900t@pec.istruzione.it
C.F. 91052080867 C.M. ENIS01900

Nicosia, 11/02/2025

Circolare n. 115

Ai docenti

Agli alunni

Ai genitori

Oggetto: attivazione sportello d'ascolto

Lo sportello di ascolto e supporto psicologico è una delle attività previste dal progetto "Change", proposto dalla psicologa Dott.ssa Selene Cangeri, e sviluppato al fine di prevenire e/o intervenire sulle dipendenze *sine substantia*.

La prestazione offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personale, al sostegno emotivo - affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo in una relazione di supporto e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale.

Lo sportello rappresenta un punto di riferimento e consulenza su tematiche di varia natura ma non è assolutamente un percorso di tipo diagnostico e/o terapeutico.

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.

La Dottoressa fornirà i suoi recapiti e le informazioni necessarie personalmente, presentando lo sportello ad ogni classe dell'Istituto. Le attività di supporto si svolgeranno, previo appuntamento via email, sia presso i locali dell'Istituto Scolastico che online, utilizzando la piattaforma più congeniale all'utente e calendarizzando gli incontri secondo le varie necessità.

I genitori, che consentiranno al proprio figlio/a di poter usufruire delle suddette prestazioni professionali attivate dall'Istituto per l'anno scolastico 2024/2025, saranno tenuti a **compilare una liberatoria e allegare i propri documenti di riconoscimento** (di entrambi i genitori o del solo genitore esercente la potestà genitoriale); se invece l'utente è maggiorenne dovrà allegare i propri documenti.

Tale consenso (vedi allegato) deve essere consegnato prima di poter usufruire di tale servizio.

Gli studenti sono invitati a informare le famiglie.

Il Dirigente Scolastico

Giuseppe Chiavetta

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

MINORENNI

lo sottoscritta madre del
minorenne.....

nata a

il ____/____/____

e residente a

in via/piazza
.....n.....

☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

mio figlio ad usufruire, qualora lo desideri, dello "Sportello d'ascolto"-attivo presso l'Istituto
e autorizzo al trattamento dei suoi dati a norma del D.lgs. 196/2003.

LUOGO E DATA

FIRMA DELLA MADRE

lo sottoscritto padre del
minorenne.....

nato a

il ____/____/____ e residente a

in via/piazza
.....n.....

☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

mio figlio ad usufruire, qualora lo desideri, dello "Sportello d'ascolto" -attivo presso l'Istituto
e autorizzo al trattamento dei suoi dati a norma del D.lgs. 196/2003.

LUOGO E DATA

FIRMA DEL PADRE

IN CASO DI COMPILAZIONE DI UN SOLO GENITORE

☐ di essere l'unico genitore esercente la potestà genitoriale del suddetto minore.

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. nata/o
a il ____/____/____

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

residente a

in via/piazza
n.

☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

Il minore ad usufruire, qualora lo desideri, dello "Sportello d'ascolto" -attivo presso l'Istituto
e autorizzo al trattamento dei suoi dati a norma del D.lgs. 196/2003.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DEL TUTORE _____

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso
quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza
di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Selene Cangeri presso lo
Sportello di ascolto.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____