



LICEO "RISPOLI - TONDI" SCIENTIFICO - CLASSICO



Via Marconi, 33 - 71016 SAN SEVERO (FG)

Tel. 0882/22.24.19 - 331218 - Fax 0882/070125 - Cod. Fisc. 93071630714 - Cod. Mecc. FGPS210002

PEO: fgps210002@istruzione.it - PEC: fgps210002@pec.istruzione.it - SITO WEB:

www.liceorispolitonidi.edu.it

**Ai Genitori
Agli Studenti
Ai Docenti
Al Personale ATA
Al DSGA
Al Registro Elettronico
Al Sito web**

CIRCOLARE n. 196

OGGETTO: Aggiornamento Calendario del "Servizio di supporto psicologico" a.s. 2022/2023.

Nel ricordare che la nostra scuola ha attivato per l'a.s. 2022/2023 il servizio di "Servizio "Supporto psicologico per personale scolastico, studenti, famiglie", affidato al dott. Antonio CASTRIOTTA (psicologo e psicoterapeuta), si comunica il seguente aggiornamento del calendario:

Calendario dello "Sportello psicologico"

Mese	Giorno	Orario	Attività
Gennaio	Martedì 10	8.00-13.00	Presentazione
Gennaio	Martedì 17	9.00-13.00	Sportello
Gennaio	Venerdì 27	9.00-13.00	Sportello
Gennaio	Martedì 31	9.00-14.00	Sportello
Febbraio	Mercoledì 8	9.00-13.00	Sportello
Febbraio	Venerdì 10	15.30-18.30	Sportello
Febbraio	Martedì 14	9.00-14.00	Sportello
Febbraio	Giovedì 23	9.00-13.00	Sportello
Marzo	Mercoledì 1	9.00-13.00	Sportello
Marzo	Martedì 7	9.00-13.00	Sportello
Marzo	Venerdì 10	15.30-18.30	Sportello

Si ricorda che coloro che intendono accedere allo sportello devono:

- Prenotare un appuntamento con il dott. Antonio Castriotta, psicologo conduttore dello sportello, inviando un messaggio whatsapp al numero di cellulare 3714794080.
- Compilare il modulo di consenso informato (Allegato n.1) e consegnarlo al dott. Castriotta al momento dell'accesso allo sportello.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Filomena MEZZANOTTE**

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, c. 2 D. Lgs. n. 39/93)

MODULO CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA DELLO SPORTELLINO SCOLASTICO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Lo Sportello di Supporto Psicologico costituisce uno spazio volto ad accogliere e supportare tutta la comunità scolastica ed è tenuto presso il Liceo "Rispoli-Tondi" di San Severo dal Dott. Antonio Castriotta, Psicologo-Psicoterapeuta iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia n. 1332 sez. A, whatsapp: 371-4794080. La prestazione, svolta previo appuntamento concordato, è una consulenza finalizzata al benessere psicologico e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale. Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi al seguente indirizzo <https://www.psy.it>. I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Supporto Psicologico, 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.

MAGGIORENNI

La studentessa/Lo studente _____ classe/sez. _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. Antonio Castriotta presso lo Sportello di Supporto Psicologico.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra _____ nata a _____ il ___/___/___ e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ madre del minorenni _____ classe/sez. _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di: **prestare il proprio consenso** **negare il proprio consenso** affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Antonio Castriotta presso lo Sportello di Supporto Psicologico.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. _____ nato a _____ il ___/___/___ e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ padre del minorenni _____ classe/sez. _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di: **prestare il proprio consenso** **negare il proprio consenso** affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Antonio Castriotta presso lo Sportello di Supporto Psicologico.

Luogo e data

Firma del padre

In caso di impossibilità di firma da parte di uno dei genitori/tutori, sottoscrivere anche la seguente dichiarazione

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la su estesa autorizzazione 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.

Luogo e data

Firma del Genitore

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____ nato a _____ il ___/___/___ e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ Tutore del minorenni _____ classe/sez. _____ in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) _____ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di: **prestare il proprio consenso** **negare il proprio consenso** affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Antonio Castriotta presso lo Sportello di Supporto Psicologico.

Luogo e data

Firma del Genitore