



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "OLCESE"**

Distretto XV - Via V. Olcese, 16 - 00155 ROMA - Tel./Fax 062301748 - 0623296321  
e-mail: rmic8ex00q@istruzione.it  
PEC: rmic8ex00q@pec.istruzione.it  
Codice fiscale 97713130587 – Codice meccanografico RMIC8EX00Q

Roma, 23 Gennaio 2024

Circ. 127

- **ALLE FAMIGLIE E AGLI ALUNNI**
- **A TUTTO IL PERSONALE SCOLASTICO**
- **AL SITO WEB**
- **AGLI ATTI**

**OGGETTO: AVVIO ATTIVITA' SPORTELLO DI ASCOLTO – PROG. "UN PONTE PER CRESCERE INSIEME"**

Si comunica che da questa settimana le attività dello Sportello di Ascolto – Progetto "Un ponte per crescere insieme" entreranno nel vivo.

In particolare, già da domani, 24/01/2024, inizierà l'attività di formazione, che, nell'occasione, riguarderà il tema della gestione dei problemi comportamentali a scuola e sarà destinata ai docenti di scuola primaria e dell'infanzia. Seguiranno nuovi eventi formativi, sia per gli insegnanti sia per le famiglie, che saranno adeguatamente pubblicizzati.

Dai primi di Febbraio 2024 partirà invece il servizio dello Sportello di Ascolto, che si svolgerà nelle modalità e nei luoghi indicati nel modulo informativo allegato (ALL. N. 1).

Sarà possibile sin da subito prenotare gli appuntamenti con gli specialisti, inviando una richiesta via e-mail a [sportellopsicologico@olcesevirtuale.com](mailto:sportellopsicologico@olcesevirtuale.com)

Per l'accesso allo sportello d'ascolto gli insegnanti utilizzeranno l'apposito modulo, predisposto per la richiesta di supporto psicologico e interventi in classe (presente sul sito), che dovrà essere debitamente compilato e inviato alla suddetta e-mail; i genitori potranno invece inviare la richiesta di consulenza per se stessi direttamente alla medesima e-mail di cui sopra.

Un discorso a parte meritano le famiglie degli alunni della secondaria di I grado, delle quali figli vorranno usufruire del servizio di sportello: esse dovranno infatti richiedere l'accesso sempre direttamente via e-mail, successivamente riceveranno data e orario dell'appuntamento e contestualmente il modulo del consenso informato (di cui si allega fac simile ALL. N. 2), da compilare debitamente e da riconsegnare o in formato digitale tramite e-mail o in versione cartacea, direttamente il giorno dell'appuntamento.

**Gli alunni di scuola secondaria sprovvisti del suddetto modulo non potranno accedere allo sportello.**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

prof. Giammarco Amoroso

(firma autografa sostituita a mezzo stampa  
art. 3, co. 2, D.lgs. 39/93)

## **ALL. N. 1 MODULO INFORMATIVO**

### **“Sportello di Ascolto” per il supporto e l’assistenza psicologica: “UN PONTE PER CRESCERE INSIEME”**

#### **Servizi sportello di ascolto:**

- Incontri di formazione rivolti ai docenti e alle famiglie
- Interventi in classe di ogni ordine scolastico (infanzia, primaria e secondaria)
- Sportello psicologico rivolto ai docenti e ai genitori della scuola primaria e dell’infanzia
- Sportello psicologico rivolto agli alunni, ai genitori e ai docenti della scuola secondaria di I grado.

#### **In particolare:**

Incontri di formazione condotti dalla dr.ssa Catia Pepe, Psicologa Psicoterapeuta, Università Lumsa, Responsabile Unità Clinica Autismo ICI-Istituto

#### **Psicologi referenti dello Sportello d'Ascolto:**

Per la scuola dell'infanzia – dr.ssa Tiziana Ruggeri, psicologa e psicoterapeuta

Per la scuola primaria e secondaria – dr.ssa Arianna Ceroni, psicologa e psicoterapeuta

Per la scuola primaria e secondaria – dr. Vittorio Galasso, psicologo e psicoterapeuta

#### **Modalità di accesso e disponibilità oraria:**

Per l'accesso allo sportello d'ascolto gli insegnanti utilizzeranno l’apposito modulo, predisposto per la richiesta di supporto psicologico e interventi in classe (presente quanto prima sul sito), che dovrà essere debitamente compilato e inviato alla suddetta e-mail; i genitori potranno invece inviare la richiesta di consulenza per se stessi direttamente alla medesima e-mail di cui sopra.

Un discorso a parte meritano le famiglie degli alunni della secondaria di I grado, delle quali figli vorranno usufruire del servizio di sportello: esse dovranno infatti richiedere l’accesso sempre direttamente via e-mail, successivamente riceveranno data e orario dell’appuntamento e contestualmente il modulo del consenso informato, da compilare debitamente e da riconsegnare o in formato tramite e-mail o in versione cartacea, direttamente il giorno dell’appuntamento.

**Gli alunni di scuola secondaria provvisti del suddetto modulo non potranno accedere allo sportello.**

#### **Per la scuola dell'infanzia la dr.ssa Tiziana Ruggeri riceverà:**

LUNEDÌ: ORE: 9.00 – 10.30

MARTEDÌ: ORE: 14.00-16.00

#### **Per la scuola Primaria la dr.ssa Ceroni riceverà:**

MARTEDÌ: ORE 10.00 – 13.30

GIOVEDÌ: ORE 10.00 – 13.30

VENERDÌ: ORE 10.00 – 13.30

#### **Per la scuola Secondaria il dr. Galasso riceverà:**

LUNEDÌ: ORE 10.00 – 13.30

MARTEDÌ: ORE 10.00 – 13.30

MERCOLEDÌ: ORE 10.00 – 13.30

**PER LA SCUOLA DELL'INFANZIA E LA SCUOLA PRIMARIA LO SPORTELLO D'ASCOLTO SARA' ATTIVO PRESSO IL PLESSO DI “MADRE TERESA DI CALCUTTA” (sede centrale) DI VIA OLCESE 16, MENTRE PER LA SCUOLA SECONDARIA PRESSO IL PLESSO “CHIEREGATTI” DI LARGO CHIEREGATTI 10.**



## ALL. N. 2 FAC SIMILE MODELLO DEL CONSENSO INFORMATO

### CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA

#### PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott....., Psicologa/o, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. ...., fornisce le seguenti informazioni:

in riferimento al progetto "Sportello di Ascolto" per il supporto e l'assistenza psicologica: "UN PONTE PER CRESCERE INSIEME" che coinvolgerà alunni/genitori/docenti/personale scolastico che fanno parte del l'Istituto Scolastico Comprensivo Olcese (RM)

- la prestazione che verrà offerta ai fruitori di questo sportello d'ascolto è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti personali e relazionali e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto.

Il numero degli incontri, che saranno in presenza (o in modalità on line se necessario), potrà variare a seconda delle richieste degli utenti stessi.

Lo psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce all'utente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani).

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

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.

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

**Il Professionista (firma).....**

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorene.....  
nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista sopra riportato e decide con piena consapevolezza di  
prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.  
.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. .... padre del minorene.....  
nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista sopra riportato e decide con piena consapevolezza di  
prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.  
.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tutore del minorene.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante,  
data numero) .....  
residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza  
di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.  
.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore