



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
**ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "N. PIZI"**

**Liceo Classico – Liceo Scientifico- Liceo Artistico**

Via San Gaetano s.n.c. – 89015 PALMI (RC) Distretto XXXIV - C.F. 91006650807 – C.M. RCIS019002

Segreteria/Sede Amm. Tel. 0966/46103 - Liceo Classico 0966/22704 - Liceo Artistico 0966/22791

Sito web: [www.liceopizipalmi.edu.it](http://www.liceopizipalmi.edu.it) e-mail: [rcis019002@istruzione.it](mailto:rcis019002@istruzione.it) PEC: [rcis019002@pec.istruzione.it](mailto:rcis019002@pec.istruzione.it)

Prot. n° **vedi segnatura**

**Alle Studentesse e degli Studenti**  
**Alle Famiglie**  
**Ai Docenti**  
**Al DSGA**  
**Al sito Web**

**Comunicazione n° 113**

**Oggetto: Attivazione sportello Ascolto Psicologico e di Counselling - a.s. 2022/23.**

Al fine di tutelare il benessere psicologico degli alunni e prevenire il disagio giovanile in ambito scolastico, da sempre priorità dell'Istituto, si comunica che è stato attivato, anche per questo anno scolastico, un servizio di supporto psicologico e counselling, curato da un esperto regolarmente iscritto all'Albo, che avrà inizio a partire da **MERCOLEDÌ 25 GENNAIO 2023** fino al termine delle attività didattiche.

Nell'ambito di tale attività è previsto uno sportello d'ascolto che offrirà all'utenza l'opportunità di usufruire della consulenza psicologica all'interno dell'istituto in orario curriculare.

Gli interessati potranno accedere al colloquio inviando una **e-mail per la prenotazione, entro il VENERDÌ antecedente l'incontro**, all'indirizzo [sportelloascolto@liceopizipalmi.edu.it](mailto:sportelloascolto@liceopizipalmi.edu.it), avendo cura di:

- **specificare in oggetto classe, indirizzo di studi e plesso frequentati;**
- **allegare**, debitamente compilato, firmato e corredato da copia/e documento/i di riconoscimento in corso di validità, **IL MODULO DI RICHIESTA**, allegato alla presente e reperibile alla sezione "**Modulistica famiglie**" del sito WEB dell'Istituto .

**- GLI INCONTRI SI TERRANNO OGNI MERCOLEDÌ, DALLE ORE 9:00 ALLE ORE 12:00.**

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

**(a) tipologia d'intervento**

la prestazione che verrà offerta all'alunno/a e/o al gruppo classe è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico e relazionale, al sostegno dei processi di sviluppo, alla prevenzione di situazioni di rischio, dispersione scolastica e disagio socio-affettivo, attraverso un momento qualificante di ascolto, avvalendosi dell'osservazione e del colloquio come principali strumenti conoscitivi e di intervento;

**(b) modalità organizzative**

il numero degli incontri con l'alunno/a potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3; la durata del colloquio

varierà da un minimo di 30 minuti ad un massimo di 60 minuti a seconda delle necessità. Il numero e la durata delle attività con il gruppo classe non sono definibili a priori, pertanto, saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi, frequenza e tempi della prestazione;

**(c) limiti**

la prestazione professionale fornita non ha finalità diagnostiche e psicoterapeutiche; lo Specialista valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce all'alunno/a le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi, previo consenso degli esercenti la responsabilità genitoriale (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Maria Domenica Mallamaci



**Consenso informato in psicologia scolastica  
PER PERSONE MINORENNI**

**Esercente responsabilità genitoriale (padre) oppure tutore**

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

**Esercente responsabilità genitoriale (madre)**

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

Il Sig. \_\_\_\_\_ e la Sig.ra \_\_\_\_\_ sono informati sui seguenti punti in merito al trattamento sanitario di supporto psicologico e prevenzione nei confronti del figlio \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_ da parte della Dott.ssa Casile Giuseppina, Psicoterapeuta, con iscrizione all'Albo professionale degli Psicologi della Calabria n1413,

1. il sostegno psicologico prestato dal professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio di gruppo entro il gruppo classe, della durata di 60 minuti per un numero di 3 incontri, con frequenza concordata con l'istituzione Scolastica;
3. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, inclusi test psicologici;
4. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
5. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;

Il Sig. \_\_\_\_\_ e la Sig.ra \_\_\_\_\_ o il tutore  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni,  
presta/prestano il consenso informato sanitario al trattamento psicologico nei confronti di  
\_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma esercenti responsabilità genitoriale

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Firma tutore

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_