



ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE
LICEO SCIENTIFICO OP. SCIENZE APPLICATE
FRANCESCO GIORDANI
CHIMICA, MATERIALI E BIOTECNOLOGIE
ELETTRONICA ED Elettrotecnica
INFORMATICA E TELECOMUNICAZIONI
MECCANICA E MECCATRONICA - TRASPORTI E LOGISTICA



ScuolaViva
La scuola aperta a tutti



Prot.n.7960

Agli Alunni
Ai Genitori
Ai Docenti
Al Personale tutto

Oggetto: Sportello di ascolto psicologico per l'emergenza COVID

Si ricorda che presso questo Istituto è attivo il servizio di **Sportello ascolto psicologico per l'emergenza COVID** con la dott.ssa Barbara Felisio in forma gratuita e tutelante la riservatezza per tutti i soggetti in indirizzo.

Per richiedere il colloquio gli alunni stessi, se maggiorenni, o i genitori / i tutori per i minori, dovranno inviare email all'indirizzo moniello2015@yahoo.it, allegando il modulo di autorizzazione e specificando un recapito telefonico.

I Docenti e tutto il Personale che vorrà usufruire del servizio potrà richiedere appuntamento direttamente alla dott.ssa Felisio inviando un'email all'indirizzo barbarafelisio@icloud.com

f.to La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Antonella Serpico

Fs Gallicola-Moniello

Caserta 07/05/2021



VIA LAVIANO, 18 – 81100 CASERTA –
CENTRALINO 0823.327359 – FAX 0823.325655
E_MAIL CETF02000X@ISTRUZIONE.IT - SITO WEB: WWW.GIORDANICASERTA.EDU.IT
COD. ISTITUTO CETF02000X - DISTRETTO SCOLASTICO N.12 - C.F. 80009010614

ALLIEVI MINORENNI

Ai genitori degli alunni minorenni si richiede l'invio del presente modulo, debitamente compilato e firmato, contestualmente alla mail di richiesta di appuntamento, allo scopo di permettere al/alla proprio/a figlio/a di accedere alle attività dello Sportello d'Ascolto Psicologico.

I sottoscritti _____,
in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria sul/sulla
minore _____,
nato/a _____ il _____ e
frequentante la classe _____, PRESTANO IL CONSENSO e AUTORIZZANO
il/la minore ad usufruire dei colloqui con la Dott.ssa Barbara Felisio.

Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale/tutoriale

Recapito telefonico

Luogo e Data _____, ____/____/____

Allegare copia della carta di identità dei firmatari

CONSENSO INFORMATO SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO PER I MINORI

(ai sensi del "Codice deontologico degli Psicologi Italiani")

In riferimento al progetto "Sportello D'Ascolto Psicologico" istituito presso l'ITI-LS Giordani " si informa che:

1. la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza finalizzata al benessere psicologico ;
2. gli interventi stabiliti da tale servizio non si delineano come un percorso psicoterapeutico, bensì come interventi di primo livello (counseling)
3. a tal fine verrà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio in modalità telematica;
4. gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano l'ascolto, la prevenzione del disagio psicologico, relazionale e sociale, potenziamento del benessere psicofisico, orientamento;
5. la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art.11) ed agli obblighi di legge previsti (art.13);

Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale/tutoriale
