



## Istituto Comprensivo Statale "Rita Levi Montalcini"

Via Fontanella 2, 63821 Porto Sant'Elpidio (FM) - Tel. +39 0734 992287 - Fax +39 0734 801181  
E-mail: [apic83600e@istruzione.it](mailto:apic83600e@istruzione.it) - PEC: [apic83600e@pec.istruzione.it](mailto:apic83600e@pec.istruzione.it) - Cod.Fisc. 90055060447  
Cod.Univoco fatturazione elettronica UF15IP - sito web: [www.iscmontalcini.edu.it](http://www.iscmontalcini.edu.it)

Porto Sant'Elpidio, data del protocollo

Ai Docenti  
Ai Genitori  
della SCUOLA PRIMARIA  
Al sito web

### Oggetto: Attivazione Sportello di Ascolto a.sc. 2022/23.

Si informano le SS.LL che, da **novembre 2022**, sarà attivato lo "Sportello d'Ascolto" a cui potranno rivolgersi, in modo gratuito, i docenti e i genitori della SCUOLA PRIMARIA.

Lo Sportello di Ascolto sarà gestito dal dott. Splendiani Marco, Psicologo (iscrizione Albo Psicologi Regione Marche n. 2507). Il servizio rappresenta uno spazio di ascolto e accoglienza in cui poter affrontare eventuali difficoltà che normalmente possono insorgere durante la crescita e far emergere le risorse personali, allo scopo di promuovere il benessere della persona.

Lo psicologo scolastico è un professionista tenuto al segreto professionale, che offre le sue competenze in uno spazio dedicato all'incontro e al confronto. Il colloquio, che si svolge all'interno dello Sportello d'Ascolto, non ha fini terapeutici: lo psicologo, dunque, non fa diagnosi e non cura, ma aiuta ad individuare i problemi e le possibili soluzioni, collaborando con la Scuola, in un'area psicopedagogica di intervento.

### COME ACCEDERE AL SERVIZIO

I colloqui si svolgeranno in presenza o a distanza, attraverso piattaforma MEET. Per richiedere un appuntamento, genitori, insegnanti e personale ATA della Scuola dovranno inviare una mail, inserendo in ALLEGATO IL MODULO "CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO IN AMBITO SCOLASTICO", che si trova di seguito, compilato in ogni sua parte e firmato con la richiesta di colloquio, all'indirizzo: [m.splendiani@gmail.com](mailto:m.splendiani@gmail.com)

Verrà poi concordato un appuntamento con il professionista.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Liliana De Vincentiis

Firma autografa sostituita da indicazioni a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art. 3, c. 2, D.Lgs. 12/02/1993 n. 39.

## **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. Splendiani Marco, Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi delle Marche n. 2507 prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico "R. L. Montalcini", fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni verranno potranno essere svolte in presenza o online, a seguito di accordi con la Dirigenza. La prestazione che verrà resa è una consulenza psicologica, finalizzata alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico, come da specifica "Informativa per le attività svolte da psicologi presso la scuola" ricevuta. A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico; la prestazione non è una psicoterapia;
- 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.ordinepsicologimarche.it](http://www.ordinepsicologimarche.it)
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018)<sup>1</sup> e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- Le prestazioni concordate non comportano costi a vostro carico e nessuno potrà richiedervi un corrispettivo economico per la prestazione;

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

---

<sup>1</sup> Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, riguardante "le regole generali per il trattamento dei dati", si informa che i dati personali forniti verranno acquisiti nell'ambito del servizio di sportello di ascolto scolastico.

I dati saranno raccolti e trattati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, esclusivamente per le finalità ad esso connesse, ovvero per dare esecuzione agli obblighi previsti dalla Legge. Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico.

**MAGGIORENNI**

Il personale scolastico / Il genitore \_\_\_\_\_ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. Splendiani Marco presso lo Sportello di ascolto.

Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre del minore \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali, rese dal dott. Splendiani Marco, presso lo Sportello di ascolto.

Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_ padre del minore \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali, rese dal dott. Splendiani Marco, presso lo Sportello di ascolto.

Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La \_\_\_\_\_ Sig.ra/Il \_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_ nata/o \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Tutore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ minore \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ ragione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, 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. Splendiani Marco, presso lo Sportello di ascolto.

Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_