

	<b>ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "S.G. BOSCO"</b> (SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO) C.F.90041710949 – C.M. ISIC83400D		
	 Via G. Falcone e P. Borsellino 86170 ISERNIA	 0865 1998244 0865 50889	



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "S.G. BOSCO"-ISERNIA  
 Prot. 0000353 del 11/01/2025  
 IV-5 (Uscita)

**Ai Genitori  
 AI DSGA**

**Ai Docenti Coordinatori  
 Scuola Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di I Grado**

Istituto Comprensivo Statale S.G. BOSCO - Isernia

**OGGETTO: Sportello Psicologico "Spazio di Ascolto e Benessere" per alunni e Famiglie – Comunicazione parziale rettifica.**

Si comunica che, a partire dal 14/01/2025 lo Sportello Psicologico "Spazio di Ascolto e Benessere" avviato con la Dott.ssa Veronica MOSCA, proseguirà con la Dott.ssa Antonella MARCELLO (Psicologa).

Lo sportello di ascolto psicologico rappresenta un'importante iniziativa per favorire il benessere emotivo e psicologico degli alunni e delle famiglie.

In un contesto scolastico, le sfide quotidiane – che spaziano dalle difficoltà relazionali allo stress da rendimento – possono incidere negativamente sulla salute mentale e sul benessere globale di ciascun individuo.

Questo progetto mira a rispondere a tali necessità, fornendo uno spazio dedicato al supporto psicologico e all'ascolto attivo, disponibile per ciascun partecipante della comunità scolastica che ha necessità di parlare per sentirsi accolto e compreso.

Lo psicologo è tenuto al segreto professionale (art. 11 del Codice Deontologico).

**Destinatari**

Il progetto si rivolge ai tre sistemi principali della comunità scolastica:

- alunni di scuola primaria e secondaria: a cui viene offerta la possibilità di esprimere paure, ansie, o difficoltà relazionali in uno spazio sicuro e privo di giudizio.
- famiglie: coinvolte indirettamente attraverso incontri specifici per migliorare la comprensione/comunicazione e il supporto verso il benessere emotivo dei propri figli.

## **Obiettivi del progetto**

1. Promozione del benessere psicologico e relazionale
  - Fornire uno spazio dove poter esplorare e comprendere le proprie emozioni, migliorare le proprie capacità relazionali, e sviluppare strategie per gestire ansie e difficoltà.
  - Incrementare la resilienza degli alunni, fornendo strumenti per affrontare i piccoli e grandi ostacoli che possono incontrare, sia all'interno che all'esterno dell'ambiente scolastico.
2. Prevenzione del disagio scolastico e sociale e della dispersione scolastica
  - Agire in modo preventivo sul disagio scolastico, intervenendo tempestivamente su situazioni di stress, isolamento, conflitti tra pari o episodi di bullismo.
  - Orientare ed offrire supporto specifico per situazioni di difficoltà familiare, sociale o scolastica, che potrebbero compromettere la serenità e il rendimento degli alunni.
3. Favorire il dialogo scuola-famiglia
  - Coinvolgere le famiglie in momenti di sensibilizzazione e formazione, facilitando la costruzione di una rete di supporto per gli alunni anche al di fuori dell'ambiente scolastico.

## **Metodologia e Attività**

Il progetto si sviluppa su interventi di primo livello (non supponendo quindi interventi terapeutici), attraverso colloqui individuali: in questo ambiente sicuro e protetto, si lavorerà sulla gestione emotiva, sull'elaborazione di problemi specifici e sulla ricerca di strategie concrete di miglioramento.

La durata di ciascun incontro sarà di circa 30-45 minuti.

Per prenotare un colloquio, si può procedere prendendo direttamente contatto con lo psicologo, recandosi nella sala preposta agli incontri, nella massima tutela della privacy.

Per specifiche situazioni si potrà prevedere la possibilità per lo psicologo di entrare nelle classi per un'osservazione sulle dinamiche del gruppo classe, se richiesto dalle insegnanti.

Alunni e genitori potranno prenotare un colloquio scrivendo alla seguente mail [antonella.marcello193@gmail.com](mailto:antonella.marcello193@gmail.com) indicando nome, cognome, classe frequentata e proprio numero di cellulare.

## **Tempi**

Alunni e genitori potranno prenotare un colloquio da **martedì 14 gennaio 2025, dalle ore 9:00 alle ore 12:00 e si svolgerà tutti i martedì dalle ore 9:00 alle 12:00.**

Si allega il modulo di consenso informato aggiornato necessario allo svolgimento dei colloqui che è possibile prelevare anche sul sito all'indirizzo: <https://www.icsangiovanniboscoisernia.edu.it> nell'area dedicata.

## **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Dott. Giuseppe POSILLICO



Firmato digitalmente da:

**POSILLICO GIUSEPPE**

Firmato il 11/01/2025 15:47

Seriale Certificato: 1703758

Valido dal 30/08/2022 al 30/08/2025

InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

## **CONSENSO INFORMATO PER IL SERVIZIO DI CONSULENZA PSICOLOGICA PRESSO LO "SPAZIO DI ASCOLTO E BENESSERE"**

La sottoscritta, dott.ssa Antonella MARCELLO, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi del Molise, fornisce qui di seguito le informazioni necessarie in merito alle prestazioni professionali che saranno offerte presso lo "Spazio di Ascolto e Benessere" sportello psicologico dell' ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "S.G. BOSCO".

### **Obiettivi del Servizio**

Lo "Spazio di Ascolto e Benessere" è finalizzato a promuovere il benessere psicologico e relazionale degli alunni e delle famiglie. Le attività comprendono:

- Consulenze individuali per il supporto emotivo e relazionale.
- Interventi di gruppo, qualora richiesto, per facilitare la comunicazione, la gestione di dinamiche di classe o il sostegno al benessere

### **Modalità di Accesso**

- Per gli alunni: La partecipazione è volontaria e subordinata all'autorizzazione scritta dei genitori o del tutore legale. Le prenotazioni possono avvenire tramite il docente referente di classe mediante richiesta scritta all'indirizzo e-mail dedicato.
- Per le famiglie: L'accesso avviene tramite contatto diretto con il Professionista negli spazi preposti o prenotandosi attraverso l'indirizzo e-mail.

### **Sede e Modalità Operative**

Gli incontri si svolgeranno nei locali dell'istituto durante l'orario scolastico

### **Norme di Riservatezza e Sicurezza dei Dati**

Tutti i dati personali e sensibili raccolti durante le consulenze saranno trattati nel pieno rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali (Regolamento UE 679/2016). Sarà garantito il segreto professionale come da Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

### **Accettazione e Consenso**

Si prega di leggere con attenzione il presente documento prima di procedere con la firma per esprimere il proprio consenso.



## TUTORE LEGALE

I|Sig. \_\_\_\_\_

tutore del/della minore \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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 tutore

\_\_\_\_\_

**ALUNNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_

madre del/della minore \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

dichiara di aver acquisito in data odierna le informazioni fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016 relative al trattamento dei dati e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/la figlia possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Antonella Marcello presso lo Sportello Psicologico.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma madre

\_\_\_\_\_

Il Sig \_\_\_\_\_

padre del/della minore \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

dichiara di aver acquisito in data odierna le informazioni fornite dal titolare ai sensi dell'Art. 13 del codice della privacy e del Regolamento Europeo 679/2016 relative al trattamento dei dati e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/la figlia possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Antonella Marcello presso lo Sportello psicologico

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma padre

\_\_\_\_\_