



**ISTITUTO COMPRENSIVO FIORANO MODENESE 1^**  
Via Machiavelli , 12 – 41042 FIORANO MODENESE (MO)  
Tel. 0536/911211 – 0536/910868

E-mail: [moic832004@istruzione.it](mailto:moic832004@istruzione.it) – pec: [moic832004@pec.istruzione.it](mailto:moic832004@pec.istruzione.it) – sito: [www.icfiorano.edu.it](http://www.icfiorano.edu.it)

Prot. n.3156/B19

Fiorano Modenese, 08/03/2021

Ai genitori degli alunni della scuola SSPG  
“G. Leopardi” dell’IC Fiorano Modenese 1^

p.c. alla dott.ssa Stano Isabella  
alla prof.ssa Casoni Renata

Agli atti

**Oggetto: Sportello d’ascolto psicologico online per gli studenti della SSPG “G. Leopardi”**

Gentilissimi,

Vi comunico che a partire dal **giorno 08/03/2020** l'Istituto Comprensivo Fiorano Modenese 1^, a seguito della sospensione delle attività didattiche in presenza, **“sportello d’ascolto scolastico”** per gli studenti della SSPG “G. Leopardi” sarà attivato on-line.

Lo sportello d’ascolto si configura come uno sportello di consulenza psicologica, e sarà a cura dell’esperto esterno incaricato, individuato nella dr.ssa Isabella Stano psicologa e psicoterapeuta.

Per prendere contatto con l’esperta occorre scrivere una mail, con l’indirizzo di posta istituzionale dell’alunno ([nome.cognome@icfiorano.edu.it](mailto:nome.cognome@icfiorano.edu.it)) a: [isabella.stano@icfiorano.edu.it](mailto:isabella.stano@icfiorano.edu.it), **ALLEGANDO IL MODULO DI CONSENSO INFORMATO DEBITAMENTE COMPILATO.**

Una volta inviata via mail con la richiesta di “ascolto”, la dott.ssa Stano invierà, sempre tramite mail, la conferma con l’indicazione di:

- **giorno e ora dell’ascolto;**
- **link della videoconferenza Google Meet** che permetterà il confronto a distanza, si specifica che è lo stesso canale utilizzato per le videolezioni, e che funziona con le stesse modalità, pertanto potrà essere utilizzato su qualsiasi device(PC, Tablet, cellulare) collegato ad internet.

Il servizio attivato intende offrire a tutti gli studenti una consulenza psicologica rispetto alle questioni e alle tematiche connesse al percorso evolutivo nonché ai vissuti emotivi e alle ricadute affettive e relazionali conseguenti alla sospensione delle lezioni in presenza a scuola e ai cambiamenti connessi all’emergenza epidemiologica da Covid-19, rappresentando un punto di riferimento a cui far pervenire, i bisogni di confronto e riflessione in questo particolare momento.

La finalità dello sportello d’ascolto si colloca in un’ottica di promozione del benessere psicologico e di prevenzione del disagio, non contempla obiettivi di cura o di presa in carico terapeutica.

Nella speranza di fornire un servizio gradito e soprattutto di rivederci quanto prima tutti di persona, colgo l’occasione per porgere i miei più cordiali saluti.

**La dirigente scolastica**  
**prof.ssa Simona Simola**

*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell’art. 3 comma 2 del D.L. 39/93)*

*Si allega consenso informato per prestazioni di consulenza presso lo sportello di ascolto scolastico da inviare compilato prima dell’ascolto.*



**ISTITUTO COMPRENSIVO FIORANO MODENESE 1^**  
Via Machiavelli , 12 – 41042 FIORANO MODENESE (MO)  
Tel. 0536/911211 – 0536/910868

E-mail: [moic832004@istruzione.it](mailto:moic832004@istruzione.it) – pec: [moic832004@pec.istruzione.it](mailto:moic832004@pec.istruzione.it) – sito: [www.icfiorano.edu.it](http://www.icfiorano.edu.it)

## **Allegato: CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

La sottoscritta Dott.ssa Isabella Stano, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n. 6984 sezione A, email: [isabella.stano@icifiorano.edu.it](mailto:isabella.stano@icifiorano.edu.it) , Pec: [isabella.stano.949@psypec.it](mailto:isabella.stano.949@psypec.it) C.F.: STNSLL74E71E882B prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico "Istituto Comprensivo Fiorano Modenese 1^" fornisce le seguenti informazioni:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la scuola primaria "E. Ferrari".
- Le prestazioni verranno svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento Google Meet.

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 D.Lgs. n.196/2003, così come modificato dal D.lgs.n.101/2018) e dal codice deontologico degli Psicologi Italiani; non sarà dunque possibile per i motivi sopra elencati registrare le sedute di consulenza.

Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  - a) **tipologia d'intervento:** consulenza breve;
  - b) **modalità organizzative:**
    - le persone interessate scriveranno un messaggio al seguente indirizzo di posta elettronica: [isabella.stano@icifiorano.edu.it](mailto:isabella.stano@icifiorano.edu.it) con la dottoressa si concorderà la modalità di ascolto (in presenza o a distanza)
    - gli interessati dovranno inviare per posta elettronica o consegnare a mano il consenso informato per le prestazioni di consulenza. In assenza del documento firmato non sarà possibile eseguire alcuna prestazione;
  - c) **scopi:** sostegno psicologico alle famiglie a seguito dell'emergenza Covid;
  - d) **limiti:** l'attività dello sportello è una consulenza breve e non può essere intesa come psicoterapia;
  - e) **durata delle attività:** a conclusione delle ore affidate da contratto.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.it)



**ISTITUTO COMPRENSIVO FIORANO MODENESE 1^**  
Via Machiavelli , 12 – 41042 FIORANO MODENESE (MO)  
Tel. 0536/911211 – 0536/910868

E-mail: [moic832004@istruzione.it](mailto:moic832004@istruzione.it) – pec: [moic832004@pec.istruzione.it](mailto:moic832004@pec.istruzione.it) – sito: [www.icfiorano.edu.it](http://www.icfiorano.edu.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) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

La Professionista (firma)

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre del minore \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

PRESTA IL CONSENSO ALLA PROSECUZIONE DEL SERVIZIO DI SPORTELLO D'ASCOLTO MEDIANTE INTERVENTI DI E-HEALTH DI CARATTERE PSICOLOGICO.

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

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

PRESTA IL CONSENSO ALLA PROSECUZIONE DEL SERVIZIO DI SPORTELLO D'ASCOLTO MEDIANTE INTERVENTI DI E-HEALTH DI CARATTERE PSICOLOGICO.

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. \_\_\_\_\_ PRESTA IL  
CONSENSO ALLA PROSECUZIONE DEL SERVIZIO DI SPORTELLO D'ASCOLTO MEDIANTE INTERVENTI DI E-HEALTH DI  
CARATTERE PSICOLOGICO.

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



**ISTITUTO COMPRENSIVO FIORANO MODENESE 1^**

Via Machiavelli , 12 – 41042 FIORANO MODENESE (MO)

Tel. 0536/911211 – 0536/910868

E-mail: [moic832004@istruzione.it](mailto:moic832004@istruzione.it) – pec: [moic832004@pec.istruzione.it](mailto:moic832004@pec.istruzione.it) – sito: [www.icfiorano.edu.it](http://www.icfiorano.edu.it)