



Istituto di Istruzione
MARTINO MARTINI

Via Giorgio Perlasca, 4 – 38017 Mezzolombardo (TN)
Tel.0461/601122 - C.F. 80015240221
e-mail: segr.martini.mezzolombardo@scuole.provincia.tn.it
Pec: martini@pec.provincia.tn.it



Provincia Autonoma
di Trento

Idimm_ml 7.6/2024/cv

Numero di protocollo associato al documento come metadato (DPCM 3.12.2013, art. 20). La segnatura di protocollo è verificabile in alto oppure nell'oggetto della PEC o nei files allegati alla medesima. Data di registrazione inclusa nella segnatura di protocollo"

Comunicazione n. 063

Ai Genitori
Agli Studenti

Oggetto: Informativa sul Servizio di Consulenza Psicologica CIC Spazio Ascolto

L'Istituto d'Istruzione Martino Martini propone anche per l'anno scolastico 2024/2025 la possibilità di usufruire del servizio di Consulenza Psicologica CIC Spazio Ascolto **a studenti, genitori e personale scolastico**.

Il servizio sarà curato e gestito dalla **Dott.ssa Francesca Tobia**, psicologa-psicoterapeuta .
Si tratta di un'iniziativa finalizzata alla promozione del benessere personale e alla prevenzione del disagio nella scuola.

La consulenza psicologica si configura come uno spazio di ascolto e di confronto libero e gratuito in un luogo riservato e nel rispetto del segreto professionale.

L'accesso al servizio di consulenza psicologica permetterà alla persona che richiederà il colloquio di trovare ascolto e riflettere con la psicologa su difficoltà e problematiche di varia natura (emotive, relazionali, scolastiche, familiari, ecc.) che possono creare disagio e malessere nella vita quotidiana sia a scuola che nelle proprie relazioni con l'obiettivo di migliorare le proprie capacità di affrontare e risolvere le difficoltà.

Modalità di accesso:

Gli incontri si svolgeranno in presenza, presso i locali del Ricicrea , al piano terra di Via Perlasca previo appuntamento che può essere richiesto nelle giornate di **Lunedì e Mercoledì dalle ore 09.30 alle ore 12.30** tramite e-mail all' indirizzo : **francesca.tobia@martinomartini.eu** .

Per l'accesso allo Spazio Ascolto da parte degli studenti minorenni è necessaria l'autorizzazione firmata da entrambi i genitori/responsabili degli studenti.

A tal fine si prega di compilare in ogni sua parte l'apposito modulo e consegnarlo in segreteria.

L'autorizzazione rilasciata dai genitori avrà validità per l'anno scolastico in corso.

La Dirigente Scolastica
dott.ssa Valentina Zanolla

*Questo documento, se trasmesso in forma cartacea, costituisce copia dell'originale informatico firmato digitalmente, valido a tutti gli effetti di legge, predisposto e conservato presso questa Amministrazione (art. 3 bis D.Leg. n. 82/2005).
L'indicazione del nome del firmatario sostituisce la sua firma autografa (art. 3 D.Leg. N. 39/1993)*



Istituto di Istruzione
MARTINO MARTINI

Via Giorgio Perlasca, 4 – 38017 Mezzolombardo (TN)
Tel.0461/601122 - C.F. 80015240221
e-mail: segr.martini.mezzolombardo@scuole.provincia.tn.it
Pec: martini@pec.provincia.tn.it



Provincia Autonoma
di Trento

MODULO CONSENSO INFORMATO PER IL LIBERO ACCESSO ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO CIC

DA PARTE DEGLI STUDENTI MINORENNI

DA RICONSEGNARE COMPILATO E SCANSIONATO ALLA SEGRETERIA

In riferimento al progetto "CIC Spazio Ascolto" che coinvolgerà gli studenti dell'Istituto di Istruzione Martino Martini si informa che:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, avvalendosi del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- il numero degli incontri con il minore potrà variare in base alle necessità emerse durante la consulenza;
- la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce alla persona che usufruisce della consulenza le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- i dati personali e sensibili 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 dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I sottoscritti:

COGNOME E NOME PADRE _____

Nato a _____ (____) il _____

e residente a _____ (____), Via/piazza _____

Telefono _____

COGNOME E NOME MADRE _____

Nata a _____ (____) il _____

e residente a _____ (____), Via/piazza _____

Telefono _____

In qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria sul minore _____

che frequenta la classe _____ sez _____

AUTORIZZANO NON AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____