ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI - LINGUITI"
P.zza Giovanni XXIII, 3 – 84095 Giffoni Valle Piana (Sa)
Segreteria Tel: 089 868360 - C.M. SAIC857007 - C.F. 80025860653
saic857007@istruzione.it - saic857007@pec.istruzione.it

A tutti i docenti e alle famiglie alunni della Scuola Secondaria 1° grado
Al Sito

Oggetto: Attivazione dello Sportello di Ascolto Psicologico e Laboratori Psicoeducativi per la Scuola Secondaria di 1° grado – A.S. 2026/2027

Si comunica a tutte le famiglie, agli studenti e al personale docente della scuola secondaria di 1° grado che a partire da mercoledì 4 novembre c.a. è attivo, presso il nostro Plesso *Fratelli Linguiti*, lo Sportello di Ascolto Psicologico, curato dalla Dott.ssa Federica Ferrigno.

1. Finalità del Servizio

Lo Sportello di Ascolto rappresenta uno spazio protetto, accogliente e riservato, finalizzato a supportare il benessere psicofisico e relazionale della comunità scolastica. Ha, inoltre, l'intento di offrire sostegno nel contrasto al disagio giovanile, nell'orientamento e nella gestione di difficoltà personali e scolastiche.

2. Modalità delle Attività

Il servizio sarà erogato secondo le seguenti modalità:

- **Colloqui Individuali di Ascolto:** rivolti ad alunni, genitori e personale scolastico. I colloqui si terranno ogni **mercoledì dalle ore 9.00 alle ore 13.00** e **venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.00**.
- **Laboratori Psicoeducativi nelle Classi:** la Dott.ssa Ferrigno svolgerà interventi e laboratori tematici direttamente all'interno dei gruppi classe, concordati con i docenti di classe, per promuovere l'inclusione, l'empatia e le competenze socio-emotive.

3. Modalità di Prenotazione

- **Prenotazione:** Per accedere ai colloqui individuali è necessario contattare la dottoressa al numero di cellulare dedicato: 348 8724577.
  Gli alunni potranno, inoltre, comunicarlo al proprio coordinatore o alle referenti Prof.ssa Romina Rizzo e prof.ssa Antonia Memoli.
- **Autorizzazione per gli Alunni Minorenni:** Per la fruizione del servizio, sia individuale che di gruppo, da parte degli studenti minorenni è indispensabile che entrambi i genitori (o chi ne fa le veci) sottoscrivano l'autorizzazione, reperibile in allegato alla presente circolare.

Si invita tutto il personale docente a dare la massima diffusione alla presente comunicazione all'interno delle classi e alle famiglie.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Daniela Ruffolo
Firma autografa omessa ai sensi dell'art.3 c.2 del D.Lgs.39/1993

PROGETTO 2000

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER UTENZA ADULTA

Sportello di supporto psicologico

Il/la sottoscritto/a

(cognome) _____ (nome) _____

Nato a _____ il _____ C.F._____

Residente a _____ in via_____

Dichiara la propria disponibilità a partecipare all' attività di sportello di ascolto e supporto psicologico

L' attività avrà l' obiettivo di:

- promuovere l'individuazione, lo sviluppo e l'attivazione delle risorse personali, incrementando l'autonomia, la fiducia in sé stessi e l'autostima;
- promuovere l'abilità di comunicazione efficace sostenendo lo sviluppo affettivo-relazionale;
- rilevare eventuali condizioni di criticità e predisporre l'azione di intervento più indicata.

Luogo e Data

_____ Firma_____

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il titolare del trattamento dei dati è il Sign. Valter Vassallo, che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti: Telefono: 089/808704 Indirizzo PEC: progetto_2000@legalmail.it.

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

I dati raccolti:

- sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come di Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;
- potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;
- sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;
- possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati. Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità. Il Titolare non adotta

alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

_____, lì _____

Firma

_____

PROGETTO 2000

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER UTENZA MINORENNE

Sportello di supporto psicologico e laboratori psicoeducativi

DICHIARAZIONE DEL GENITORE / TUTORE LEGALE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

In qualità di: ☐ Genitore ☐ Tutore legale

Del minore _____

Recapito telefonico del genitore/tutore: _____

1. SPORTELLO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

☐ Autorizza il/la minore a partecipare alle attività dello sportello di ascolto e supporto psicologico, finalizzate a offrire ascolto, consulenza e sostegno in ambito scolastico.

2. LABORATORI PSICOEDUCATIVI

☐ Autorizza il/la minore a partecipare ai laboratori psicoeducativi finalizzati alla conoscenza di sé, allo sviluppo delle competenze personali, emotive, relazionali e comunicative e alla promozione del benessere nel gruppo classe.

3. DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Si allega copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante.

4. FIRME

Luogo e data _____

Firma del genitore/tutore _____

Firma dell'altro genitore (ove necessaria) _____

5. DICHIARAZIONE IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE

Il/La sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere legittimato/a a esprimere il consenso per il minore, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di responsabilità genitoriale e tutela.

Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR). Per le informazioni complete si rinvia all'informativa privacy resa disponibile dal titolare del trattamento.