



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO TECNICO STATALE "G. QUARENGHI"
VIA EUROPA, 27 - 24125 BERGAMO
Tel. 035/319444

E-mail: bgtl02000t@istruzione.it - bgtl02000t@pec.istruzione.it
www.istitutoquarenghi.edu.it - C.F. 80028560169

Circolare. N. 29

BERGAMO, 26 SETTEMBRE 2022

- > AI DOCENTI
- > AGLI STUDENTI
- > ALLE FAMIGLIE
- > REGISTRO ELETTRONICO
- > SITO

OGGETTO: SPORTELLO DI SUPPORTO PSICOLOGICO E DI ASCOLTO a.s. 2022-23

Gent.li studenti, famiglie, docenti,

comuniciamo che a partire da lunedì 10 ottobre e fino al termine delle lezioni verranno attivati i servizi di supporto psicologico e di ascolto.

Tale iniziativa vuole essere uno strumento offerto dalla scuola e indirizzato a studenti, famiglie e insegnanti. Uno spazio di ascolto, di riflessione e di sostegno in cui potersi confrontare con la psicologa di Istituto o un docente. La finalità è quella di promuovere il benessere delle singole persone e dell'ambiente di cui fanno parte.

Per potervi accedere è necessaria la sottoscrizione, da parte dei genitori/tutori degli allievi minorenni, del modulo **CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI STUDENTI MINORENNI ALLO SPORTELLO DI SUPPORTO PSICOLOGICO E DI ASCOLTO a.s. 2022-23** allegato alla presente. Il modulo, una volta firmato, va consegnato al coordinatore di classe entro lunedì 3 ottobre.

Servizio di supporto - gestito dalla psicologa

È un servizio offerto dalla scuola e indirizzato a studenti, famiglie ed insegnanti.

I colloqui si svolgeranno in Istituto, ogni lunedì mattina, dalle ore 08.00 alle ore 11.00 e gli incontri con la psicologa si svolgeranno in presenza in istituto, non avranno natura clinica né terapeutica, ma esclusivamente di sostegno psicologico, consulenza e orientamento.

Lo sportello di supporto psicologico sarà **gestito** dalla psicologa incaricata, *dott.ssa Cristina Walcher*.

L'**accesso** allo sportello di supporto psicologico può avvenire in due modi:

- per studenti, famiglie, insegnanti: con appuntamento, inviando una mail all'indirizzo serviziopsicologico@istitutoquarenghi.edu.it indicando, nell'oggetto della mail, "richiesta servizio di supporto psicologico" e nel corpo del messaggio il proprio nome, il cognome, il ruolo (genitore/tutore, studente, insegnante), la classe frequentata nel caso la richiesta pervenga da un allievo, e la richiesta di colloquio con la psicologa (senza specificarne il motivo).

Le modalità di incontro con la psicologa verranno indicate nella mail di risposta direttamente dalla psicologa.

- Solo per gli studenti è prevista un'ulteriore modalità di accesso tramite la piattaforma Teams. La psicologa si può contattare scrivendo all'account di istituto: serviziopsicologico@istitutoquarenghi.edu.it.

Sportello di ascolto - gestito dagli insegnanti

È un servizio offerto dalla scuola e indirizzato agli studenti.

I colloqui si svolgeranno in presenza Istituto, in orario scolastico, nella massima riservatezza.

Gli **operatori** dello Sportello di ascolto saranno alcuni docenti che collaborano ai progetti dell'area BEN-ESSERE.

Le modalità di **accesso** allo sportello di ascolto verranno indicate in una comunicazione successiva.

Gli sportelli di supporto psicologico e di ascolto sono protetti dalla riservatezza, ai sensi della normativa vigente sulla privacy che regola il trattamento dei dati personali.

Il servizio psicologico e il servizio ascolto sono stati presentati dalla psicologa di Istituto e dal referente dell'area BEN-ESSERE alle classi prime lunedì 26 settembre dalle ore 08.00 alle 11.00 e verranno presentati alle altre classi a partire da lunedì 3 ottobre dalle ore 08.00 alle 11.00.

I RESPONSABILI

Dott.ssa Cristina Walcher

Prof. Argentino Corrado

Prof. Zammito Giuseppe

F.to il Dirigente scolastico

Prof.ssa Elsa Perletti

firma autografa sostituita da indicazione a mezzo stampa, ai sensi dell'art.3, comma2, D.Lgs 39/1993

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI STUDENTI MINORENNI ALLO SPORTELLO DI SUPPORTO PSICOLOGICO E DI ASCOLTO a.s. 2022-23

I sottoscritti genitori/tutori

COGNOME E NOME _____ (padre, madre, tutore)

Nato a _____ (___) il _____ e residente a _____ (___), Via _____ n° _____

COGNOME E NOME _____ (padre, madre, tutore)

Nato a _____ (___) il _____ e residente a _____ (___), Via _____ n° _____

in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale sul minore

(cognome e nome) _____ classe _____ sez _____

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi agli sportelli di supporto psicologico e/o di ascolto.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori o dal tutore e ha validità fino al termine delle lezioni del corrente anno scolastico.

Data, _____

Firma I genitore/tutore _____ Firma II genitore/tutore _____