



Ministero dell'Università e della Ricerca  
Istituto Professionale di Stato  
per i Servizi Alberghieri e della Ristorazione  
" E. Mattei "  
VIESTE (FG)



V.le. Mazzini di Manno - 71019 Vieste (FG) - Tel. 0884.708438 - Fax 0884.702288 - C.M. FGRH010002  
C.F. 83002560718 - COD. UNIV. UFUPT - GI 13704713 - e-mail: fgrh010002@istruzione.it  
sito web: www.ipsservieste.edu.it - posta certificata: fgrh010002@pec.istruzione.it

Circ. n 71 del 01/12/2021

A Docenti  
Alumni  
Referenti Convitto  
Sito Web

Sede

### Oggetto: Attivazione sportello di ascolto psicologico a.s. 2021/2022

Si comunica che è stato attivato **lo sportello di ascolto psicologico gratuito**, a cura della Psicologa dott.ssa Maria Libera Pasqua per un totale di 70 ore. Lo Sportello è rivolto a tutto il personale scolastico, agli studenti e alle famiglie per garantire supporto e consulenza individuale a domanda o interventi e osservazioni in classe in caso di disagi derivanti dall'emergenza COVID 19 o altre problematiche rilevanti. Il servizio sarà attivo **ogni martedì dalle ore 8,30 alle ore 13.15** orario che, in base alle esigenze, potrà essere rimodulato.

I docenti, tutto il personale ATA, i genitori e gli alunni che volessero un appuntamento possono effettuare la prenotazione la settimana precedente. Per ogni necessità rivolgersi alle docenti Grazia Clemente e M. Patrizia Ferrarelli. Per l'accesso dei minori allo sportello deve esserci la sottoscrizione del consenso informato da parte dei genitori o da chi esercita la responsabilità genitoriale. Anche per i maggiorenni (personale della scuola, docenti, genitori) bisogna compilare un modulo di consenso informato prestampato.

**Il primo sportello sarà attivo martedì 7 dicembre p.v.**

Si allega consenso informato.

**Il Dirigente Scolastico**  
prof.ssa Etorina TRIBÓ  
(firma autografa omessa a mezzo stampa ai  
sensi art 3 C.2 D.lgs39/93)

**Dr.ssa MarialiberaPASQUA**  
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA  
Via Luigi Pascale, 29 - 71043 Manfredonia (FG)  
Cell. 320.7005780  
Partita IVA 03573180712  
Codice fiscale PSQMLB73D58E885J  
Ordine Psicologi Regione Puglia n° 1479

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

Lasottoscritta dott.ssa PASQUA MARIALIBERA(d'ora in poi denominata "professionista"), Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Puglia n. 1479, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto presso l'Istituto Professionale Enogastronomia e Ospitalità Alberghiera "E. Mattei" di Vieste fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza o da remoto attraverso la piattaforma di Classroom dell'Istituto.
- La prestazione offerta è finalizzata alla consulenza, sostegno, orientamento e non si configura come intervento di psicoterapia.
- Per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato come strumento prevalentemente il colloquio psicologico clinico ed eventuali test psicodiagnostici.
- Ciascun utente potrà usufruire di massimo 3 incontri (salvo eccezioni particolari).
- In qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale. In tal caso si impegnano a comunicare al professionista tale volontà.
- La consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori.
- Il professionista valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce all'utente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani).

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11).

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.

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

### **Il Professionista**

*Marialibera Pasqua*

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

**MAGGIORENNI**

La Sig.ra/Il Sig. ....dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa PASQUA MARIALIBERA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....

nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa PASQUA MARIALIBERA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorenni.....

nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa PASQUA MARIALIBERA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La ..... Sig.ra/Il ..... Sig. ....nata/o

a.....il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tutore del minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data, numero) .....

residente ..... a

.....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa PASQUA MARIALIBERA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore