



**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE  
"MARGHERITA DI NAVARRA"**  
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado  
**VIA PAPA GIOVANNI PAOLO II - 90046 – MONREALE – PA**  
**TEL.: 0916535962 - 0916153720**  
**e-mail: [paic85800d@istruzione.it](mailto:paic85800d@istruzione.it)**



**Anno Scolastico 2022/2023**

**Circolare n° 110**

**Monreale, 23/11/2022**

**ALL'ALBO**

**AL PERSONALE SCOLASTICO**

**AL DSGA**

**Oggetto: Attivazione supporto psicologico a personale scolastico, a studenti e alle famiglie e per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID 19 e per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico.**

Si comunica che è attivo un servizio di supporto psicologico a personale scolastico, alle famiglie degli alunni, per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza COVID 19, per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico, avviare formazione dei docenti, dei genitori degli alunni, in modo da affrontare le tematiche riguardanti i corretti stili di vita, la prevenzione dei comportamenti a rischio per la salute, nonché avviare percorsi di educazione all'affettività.

Al servizio possono accedere il personale scolastico, gli alunni ed i genitori degli alunni frequentanti.

Nel caso di richiesta per alunni, i colloqui con gli alunni si svolgeranno alla presenza inderogabile dei genitori.

Il servizio è reso dalla Psicologa dr.ssa Angela Lucia Chisena, avente esperienza nell'ambito della promozione del benessere nel contesto scolastico e di prevenzione primaria di varie forme di disagio. Il personale scolastico e i genitori interessati potranno inviare una mail di richiesta al seguente indirizzo: [angelachisena@byciuro.it](mailto:angelachisena@byciuro.it).

Per gli alunni è necessario la compilazione del modulo di consenso da parte del genitore o

tutore legale.

Le modalità di svolgimento delle attività verranno stabilite direttamente dalla psicologa con il genitore o lavoratore che ne farà richiesta.

La richiesta del supporto psicologico deve contenere la dichiarazione di essere studente/genitore/docente/dipendente di questa istituzione scolastica con allegato un documento di identità che verrà consegnato alla Psicologa al momento del colloquio.

I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.

La dottoressa Angela Lucia Chisena, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi.

Si allega il modello per la richiesta di supporto psicologico e il modello per il consenso da parte dei genitori per gli studenti.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Dott.ssa Patrizia Roccamatì**

**Publicato all'Albo il 23/11/2022**

**Nr.pr. reg. albo 110**

**RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO**  
**Sportello d'ascolto SCUOLA I.C.S. MARGHERITA DI NAVARRA**  
**Psicologa Dr.ssa Angela Lucia Chisena**

DATA: \_\_\_\_\_ INSEGNANTE: \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'INTERVENTO DI SUPPORTO PSICOLOGICO**

Per l'alunno \_\_\_\_\_  
NOME e COGNOME

Data di nascita: \_\_\_\_\_ CLASSE: \_\_\_\_\_

Nome e cognome genitore/tutore: \_\_\_\_\_

Nome e cognome genitore/tutore: \_\_\_\_\_

residenti a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

recapito on line: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DELLA RICHIESTA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma insegnante

\_\_\_\_\_

**RICHIESTA SUPPORTO PSICOLOGICO  
SPORTELLI D'ASCOLTO  
SCUOLA I.C.S. MARGHERITA DI NAVARRA  
Dr.ssa Angela Lucia Chisena**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a : \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Chiede l'intervento di supporto psicologico**

A tal fine dichiara:

- Di essere alunno/alunna attualmente frequentante la scuola **I.C.S. MARGHERITA DI NAVARRA**
- Di essere personale dipendente attualmente in servizio presso la scuola **I.C.S. MARGHERITA DI NAVARRA**
- Di essere genitore di alunno/i frequentante/i la scuola **I.C.S. MARGHERITA DI NAVARRA**, genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Affidandosi alla psicologa dr.ssa Angela Lucia Chisena **dichiara** di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003, che:

che la prestazione che verrà offerta è un sostegno psicologico di tipo consulenziale, in presenza o secondo le modalità online se necessarie finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale in questa fase di emergenza;

i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili;

Il titolare del trattamento è la dr.ssa Angela Lucia Chisena;

il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte del professionista incaricato dalla scuola;

La Psicologa si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale. la Psicologa, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi;

I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.

Al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e dal Reg UE 2016/679.

Con la presentazione della richiesta di supporto psicologico si dichiara di avere ricevuto la suddetta informativa.

Allega :

- documento di identità
- Consenso informato genitori per alunno minorenne

Luogo e data

FIRMA

---

## Consenso dell'esercente la podestà in caso di trattamento di dati sensibili di minore

Il/la/i sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_

Il/la/i sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_

In qualità di genitore/i esercente/i la podestà genitoriale/tutoria su minore (o chi ne fa le veci) del minore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

Affidandosi alla psicologa dr.ssa Angela Lucia Chisena **dichiara** di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003, che:

- la prestazione che verrà offerta è un sostegno consulenziale in presenza o secondo le modalità online se necessarie finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale in questa fase di emergenza;
- gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui online;
- i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente; al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e dal Reg UE 2016/679. Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili.
- Il titolare del trattamento è la dr.ssa Angela Lucia Chisena;
- la psicologa dottoressa Angela Lucia Chisena si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale.
- il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte del professionista incaricato dalla scuola, il quali svolgerà le suddette attività sotto la diretta supervisione del dirigente scolastico;
- la Psicologa, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi;
- I dati personali e sensibili della persona che richiederà il supporto psicologico, resteranno coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente.

**Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui i colloqui online con la Psicologa, impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità.**

Con la presentazione della richiesta di supporto psicologico si dichiara di avere ricevuto la suddetta informativa.

Allega :

- documento di identità

( *Luogo e data* )

\_\_\_\_\_ ( *Firma* ) \_\_\_\_\_

( *Firma* ) \_\_\_\_\_