



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Tecnico Statale VINCENZO ARANGIO RUIZ

Viale Africa, 109- 00144 ROMA - Distretto XX - C.F.80218570580 tel. 06 121124080

<http://www.arangioruiz.edu.it/> [REDACTED] MTD030005@istruzione.it [REDACTED] MTD030005@pec.istruzione.it

Agli studenti/studentesse,
Ai genitori/rappr. Legali
A tutto il personale della Scuola
e p.c. alla DSGA e sito web

Circ.n.170

OGGETTO: Avvio attività Sportello d'Ascolto Psicologico

Si informano le SS.LL. che, nell'ambito del Progetto **Benessere degli Studenti** che la scuola promuove per sostenere il benessere psicologico e relazionale della comunità scolastica, dal **25 novembre 2025** saranno avviate le attività dello **sportello di ascolto psicologico** rivolto agli studenti e alle studentesse.

La dott.ssa Claudia Pilato, in data **25 novembre**, passerà nelle classi per presentarsi e illustrare brevemente le finalità e le modalità di funzionamento dello sportello.

Lo sportello sarà attivo presso l'aula situata al primo piano, tutti i **martedì dalle ore 10:00 alle ore 12:00**

Gli studenti e le studentesse potranno prenotare un appuntamento tramite e-mail:

Ruiz.sportelloascolto@gmail.com

Per gli studenti minorenni, l'accesso allo sportello sarà possibile solo previa consegna, al primo appuntamento, del **modulo di consenso informato** firmato dai genitori o da chi ne esercita la responsabilità legale (allegato alla presente). Gli studenti maggiorenni potranno invece firmare autonomamente il consenso e consegnarlo direttamente al primo incontro.

In allegato è disponibile la locandina informativa relativa allo sportello di ascolto.

Si ringrazia per l'attenzione.

Allegati:

- Modulo consenso;
- Locandina esplicativa.

DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Guglielmina Uliano

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 c. 2 Digs 39/93

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

La sottoscritta dott.ssa Claudia Pilato, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 27534; email: claudiapilato7@gmail.com prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto ITC "ARANGIO.RUIZ" fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso la sede della scuola;

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento: colloquio clinico psicologico;

(b) modalità organizzative: gli alunni potranno prenotarsi utilizzando la casella di posta elettronica:
Ruiz.sportelloascolto@gmail.com

(c) limiti: i colloqui non avranno carattere terapeutico, si potranno effettuare fino ad un massimo di 8/10 colloqui per ogni alunno.

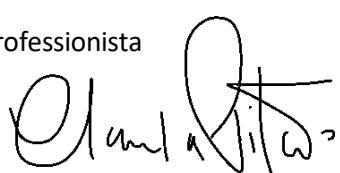
(d) durata delle attività: lo sportello di Ascolto sarà attivo dal 25 novembre;

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.

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



PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORRENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.ssa presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenne.....
nata a il ____/____/____ e
residente a.....in
via/piazzan 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 presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.....padre del minorenne.....
nato a il ____/____/____ e
residente a.....in
via/piazzan
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 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
minorenne.....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.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

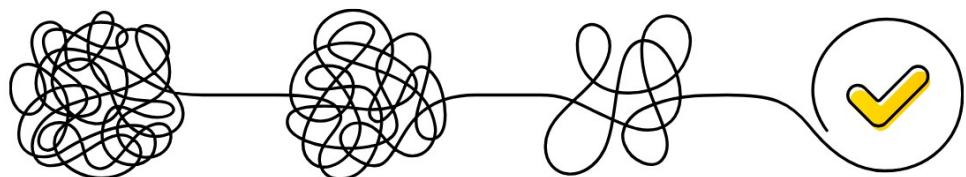
Firma del tutore

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Guglielmina Uliano
Guglielmina Uliano

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 c. 2 Digs 39/93

Sportello Psicologico

Spazio di Ascolto e Benessere



“io sono ok e tu sei ok”

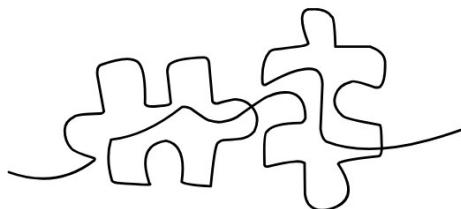


Ogni materdì ore 10:00-12:00

Prenotazione tramite mail:

Ruiz.sportelloascolto@gmail.com

Dott.ssa Claudia Pilato



Istituto Arangio Ruiz