Ministero dell'Istruzione, e del Merito
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "BRASCHI - QUARENGHI"
VIA DI VILLA SCARPELLINI - 00028 SUBIACO (RM) - DISTRETTO 35
Codice Fiscale: 94032770581-Codice Meccanografico: RMIS051001
Tel. 06.121.125.565 - 06.121.125.566 Fax 0774.83.904– 0774.85.508
e-mail istituzionale: rmis051001@istruzione.it
PEC:RMIS051001@PEC.ISTRUZIONE.IT
sito: www.iisbraschiquarenghi.edu.it

Circ. n. 62

Subiaco, 22 novembre 2024

A tutto il personale docente
Ai genitori e agli alunni
Al DSGA
Al sito WEB
SEDE

OGGETTO**: Attivazione "Sportello di Ascolto Psicologico"**

Si comunica che a partire dal giorno **mercoledì 4 dicembre 2024** sarà attivato, con cadenza settimanale, presso il nostro Istituto, lo "Sportello di Ascolto Psicologico "a favore delle famiglie, degli alunni e dei docenti dell'Istituto stesso, a cura della dott.ssa Fulvia Orlandi.

Tale iniziativa ha la finalità di supportare i soggetti eventualmente interessati nelle problematiche della vita scolastica e in quelle relative alla sfera personale, familiare ed affettiva, attraverso colloqui di sostegno psicologico.

Gli incontri si svolgeranno presso un apposito spazio riservato dalla scuola,secondo il calendario scolastico.

Tutti gli studenti minorenni dovranno consegnare al momento del colloquio, il consenso informato firmato dalla famiglia, di seguito allegato.

La prenotazione allo sportello avverrà attraverso la mail istituzionale del servizio di Sportello di Ascolto che provvederà a convogliare la richiesta alla dottoressa Orlandi nel rispetto della normativa vigente relativa tutela dei dati riservati e sensibili.

sportello.psicologico@leginestreonlus.it (specificare Nome, Istituto e Classe) oppure al numero **06/9584296**.

Coloro che avranno ricevuto messaggio di conferma dell'appuntamento si recheranno nell'orario indicato presso l'aula dedicata, preavvisando il docente dell'ora, cui dovranno successivamente consegnare l'attestazione dell'avvenuto colloquio firmata dalla dott.ssa Onori.

In ogni caso le richieste saranno convogliate alla Dott.ssa Orlandi nel rispetto della normativa vigente relativa alla tutela dei dati sensibili e riservati.

Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Maria Rosaria Sebastiani)
(Firma autografa omessa ai sensi dell'art.3 c. 2 del D.Lgvo 12.2.1993, n.39)

In caso di Utente Maggiorenne per proprio conto

Cognome_____Nome_____
nata/o a_____ il_____
residente a_____in via_____
telefono_____email_____

In Caso di utente Minore nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

MADRE
Cognome_____Nome_____
nata/o a_____ il_____
residente a_____in via _____
telefono_____email_____
PADRE
Cognome_____Nome_____
nata/o a_____ il_____
residente a_____in via _____
telefono_____email_____

Autocertificazione di genitore unico esercente responsabilità genitoriale

Io sottoscritto……. padre/madre del minore dichiaro di essere l'unico esercente la patria potestà per il seguente motivo (in caso di provvedimento giuridico, mettere i riferimenti al numero del provvedimento, all'autorità emanante e alla data di emissione) ……
esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. _____
Cognome _____Nome_____
nata/o a_____ residente a_____in via _____ telefono_____
email _____ altro specificare_____avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.
FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/FORNISCONO IL

CONSENSO

Luogo e Data,

Firma dell'Interessato (per utenti maggiorenni) _____

Firma dell'Interessato (per utenti Minorenni) _____

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale _____

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale _____

Firma di chi esercita la rappresentanza legale _____