



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**Istituto Comprensivo "LIDO DEL FARO"**  
Via G. Fontana, 13-00054 Fiumicino(RM) ☎ 0665210557 C.F. 80234310581  
✉ [rmic8dn00d@istruzione.it](mailto:rmic8dn00d@istruzione.it); [rmic8dn00d@pec.istruzione.it](mailto:rmic8dn00d@pec.istruzione.it)  
[www.lidodelfaro.edu.it](http://www.lidodelfaro.edu.it) – **CODICE UNIVOCO UFFICIO: UFZP5K**

Circ. n. 331 del 20 marzo 2023

Ai genitori, agli studenti e al personale scolastico dell'I.C. "Lido del Faro"  
Ai referenti di plesso  
Al Direttore dei S.G.A.

**Oggetto: Attivazione Sportello di ascolto psicologico – anno scolastico 2022/23**

Si comunica che è stato attivato lo Sportello di ascolto e sostegno psicologico, servizio gratuito rivolto al personale scolastico e a tutti gli alunni. Lo sportello di ascolto psicologico all'interno della scuola rappresenta un'occasione ed un'opportunità per affrontare e risolvere problematiche inerenti la crescita o le difficoltà tipicamente connesse al periodo dell'adolescenza, uno spazio di ascolto e accoglienza in cui far emergere le risorse degli alunni, allo scopo di promuovere il loro benessere.

Lo sportello è finalizzato a

- prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico;
- migliorare il benessere psicologico;
- fornire ai docenti strumenti e strategie per gestire percorsi di educazione alla salute psicofisica.

Gli incontri di supporto psicologico saranno gestiti dalla psicologa **dott.ssa Lavinia Teresi** che sarà presente il mercoledì nel plesso di via del Faro n. 225 e il martedì negli altri due plessi come da calendario allegato.

Gli interessati potranno richiedere un **appuntamento** per la consulenza psicologica, inviando una mail all'indirizzo [sportello.psicologico@lidodelfaro.edu.it](mailto:sportello.psicologico@lidodelfaro.edu.it)

Nel caso di impossibilità a partecipare all'incontro programmato, si invita a **disdire l'appuntamento almeno un giorno prima**.

Si precisa che lo sportello è rivolto al personale scolastico ed alunni, ma l'accesso a questi ultimi è legato al consenso dei genitori allegato.

I referenti nei vari plessi sono:

- scuola dell'infanzia – ins. Patrizia Giansante
- scuola primaria - ins. Nadia Antonina Callea
- scuola secondaria di primo grado – prof. Fabrizio Madonna

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Rosalia Licata

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 c. 2 D.Lgs n. 39/1993

**CALENDARIO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO  
ANNO SCOLASTICO 2022/23**

Scuola dell'infanzia	24/03/2023
	04/04/2023
	26/04/2023
	09/05/2023
	23/05/2023

Scuola primaria	28/03/2023
	18/04/2023
	02/05/2023
	16/05/2023
	30/05/2023

Scuola secondaria di primo grado	22/03/2023
	29/03/2023
	05/04/2023
	12/04/2023
	19/04/2023
	03/05/2023
	10/05/2023
	17/05/2023
	24/05/2023
	31/05/2023

**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E SOSTEGNO.**

La sottoscritta dott.ssa Lavinia Teresi Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.27481 ([L.teresi@psypec.it](mailto:L.teresi@psypec.it) [laviniaateresi@gmail.com](mailto:laviniaateresi@gmail.com))

prima di rendere prestazioni professionali in favore dell'Istituto Comprensivo Lido del Faro, Via Giuseppe Fontana, 13 Fiumicino fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni di

- consulenza
- sostegno psicologico

saranno rese:

- presso le sedi dell'Istituto Lido del Faro Via Giuseppe Fontana, 13 Fiumicino.

Il professionista è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani pubblicato sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo <https://www.ordinepsicologilazio.it/wp-content/uploads/2014/12/Codice-deontologico-degli-Psicologi-Italiani1.pdf>. I dati personali e sensibili della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento.

**UTILIZZARE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MINORENNI**

Minorenne .....  
nat... a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....

**PERSONE SOTTO TUTELA**

Sig.....  
nat... a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenne.....  
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 Lavinia Teresi presso lo Sportello di Ascolto.

FORNISCE IL CONSENSO       NON FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. ....padre del minorenne.....

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 Lavinia Teresi presso lo Sportello di Ascolto.

FORNISCE IL CONSENSO       NON FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data

Firma del padre

### **PERSONE SOTTO TUTELA**

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

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tutore del... Sig. ... ..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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Lavinia Teresi presso lo Sportello di Ascolto.

FORNISCE IL CONSENSO       NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

Luogo e data

Firma del tutore