



## LICEO CLASSICO STATALE "F. CAPECE"

Indirizzi: *Classico, Linguistico EsaBac, Scientifico,  
Linguistico Internazionale Spagnolo*



Piazza A. Moro, 29 - 73024 Maglie (Le)  
Tel. 0836/484301 - Fax 0836/311925  
web: [www.liceocapece.edu.it](http://www.liceocapece.edu.it) – email: [lepc01000g@istruzione.it](mailto:lepc01000g@istruzione.it)  
Posta certificata: [lepc01000g@pec.istruzione.it](mailto:lepc01000g@pec.istruzione.it)

### CIRCOLARE N.116

**Maglie, 12 dicembre 2020**

**Ai Docenti  
Agli Studenti  
Al Personale ATA**

**Oggetto: attivazione servizio di consulenza e sostegno psicologico**

Vista la nota del Ministero dell'Istruzione prot. n.1746 del 26/10/2020 e il Protocollo d'Intesa tra il MIUR e il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, è stato attivato un servizio di consulenza e sostegno psicologico rivolto agli Studenti, alle Famiglie e al Personale Scolastico di questo Istituto, con l'obiettivo di tutelare il benessere fisico, psichico e sociale di ogni individuo.

Il servizio sarà **attivo dal 14/12/2020** in modalità a distanza attraverso la piattaforma G-Suite – Meet secondo il calendario di seguito riportato. Le responsabili del servizio sono la dr.ssa **SETTIMO Manuela** per i genitori degli studenti e per il personale scolastico e la dr.ssa **DE PAOLA Maria Grazia** per gli studenti. Il servizio avverrà nel rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi.

La richiesta del servizio di consulenza dovrà avvenire inviando la liberatoria allegata ai seguenti indirizzi mail: [manuelasettimo@gmail.com](mailto:manuelasettimo@gmail.com) (genitori e personale scolastico) e [mariagrazia.depaola89@gmail.com](mailto:mariagrazia.depaola89@gmail.com) (studenti) e compilando il seguente modulo google:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScue1gdWsJBIGaRL6qEytp84zEfxl8M-UjFjogcxkQH9BsUQ/viewform>

Nel caso di richieste da parte di minorenni, la richiesta dovrà essere corredata dal consenso informato firmato da entrambi i genitori e relativi documenti di identità.

14 dicembre 2020	09.30-11.30	dr.ssa <b>SETTIMO</b>
	16.30-18.30	dr.ssa <b>SETTIMO</b>
15 dicembre 2020	09.30-11.30	dr.ssa <b>SETTIMO</b>
	16.00-19.00	dr.ssa <b>DE PAOLA</b>
16 dicembre 2020	10.00-13.00	dr.ssa <b>DE PAOLA</b>
17 dicembre 2020	16.00-19.00	dr.ssa <b>SETTIMO</b>
18 dicembre 2020	10.00-12.00	dr.ssa <b>DE PAOLA</b>
	16.00-18.00	dr.ssa <b>DE PAOLA</b>

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

*Prof.ssa Gabriella Margiotta*

*Firma autografa sostituita a mezzo  
stampa ai sensi e per gli effetti  
dell'art. 3, c. 2 del D.lgs. n. 39/93*

**Richiesta Studenti maggiorenni/Docenti/Personale ATA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

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

C.F. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

motivo della richiesta \_\_\_\_\_

**dichiaro** di aver compreso quanto qui sopra riportato e **decido** con consapevolezza di voler usufruire del colloquio psicologico a distanza attraverso la piattaforma GSuite – Meet:

giorno \_\_\_\_\_ fascia oraria \_\_\_\_\_

- dalla dr.ssa SETTIMO Manuela
- dalla dr.ssa DE PAOLA Maria Grazia

Inoltre, **presto** il mio consenso al trattamento dei miei dati personali necessari allo svolgimento delle attività.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### Richiesta Minorenni

I sottoscritti

Padre \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e

Madre \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Oppure

affidatario/tutore in ragione di (indicare provvedimento, autorità emanante, data e numero)

\_\_\_\_\_

nome e cognome \_\_\_\_\_

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

C.F. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Studente \_\_\_\_\_

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

C.F. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Motivo della richiesta \_\_\_\_\_

**dichiarano** di aver compreso quanto qui sopra riportato e **decidono** con consapevolezza di voler usufruire del colloquio psicologico a distanza attraverso la piattaforma GSuite – Meet:

giorno \_\_\_\_\_ fascia oraria \_\_\_\_\_

reso dalla dr.ssa DE PAOLA Maria Grazia.

Inoltre, **prestano** il consenso al trattamento dei dati personali necessari allo svolgimento delle attività.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma della madre

\_\_\_\_\_

Firma del padre

\_\_\_\_\_

Firma del tutore

\_\_\_\_\_