



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 - email: lepc01000g@istruzione.it
Posta certificata: lepc01000g@pec.istruzione.it

CIRCOLARE N. 64

Maglie, 26 ottobre 2021

**Ai Docenti
Agli Studenti
Alle Famiglie
Al Personale Scolastico**

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 26/10/2021 al 30/06/2022** nel rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi. Le responsabili del servizio sono la dr.ssa **SETTIMO Manuela** e la dr.ssa **DE PAOLA Maria Grazia**.

I colloqui saranno svolti a distanza fino alla fine dello stato di emergenza sanitaria stabilita al 31/12/2021 attraverso l'utilizzo della piattaforma GSuite Meet.

La richiesta del servizio di consulenza dovrà avvenire inviando la liberatoria allegata ai seguenti indirizzi mail: manuelasettimo@gmail.com oppure mariagrazia.depaola89@gmail.com e compilando il seguente modulo google:

<https://forms.gle/CNtqdmBHcTZRNvW9A>

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

Il servizio di sostegno psicologico, nel periodo ottobre 2021- dicembre 2021, si svolgerà il martedì ed il giovedì dalle ore 11:00 alle ore 13:00 secondo il seguente calendario:

| Data | Giorno | Referente psicologa |
|------------|---------|---------------------|
| 28/10/2021 | giovedì | SETTIMO |
| 02/11/2021 | martedì | DE PAOLA |
| 04/11/2021 | giovedì | SETTIMO |
| 09/11/2021 | martedì | DE PAOLA |
| 11/11/2021 | giovedì | SETTIMO |
| 16/11/2021 | martedì | DE PAOLA |
| 18/11/2021 | giovedì | SETTIMO |
| 23/11/2021 | martedì | DE PAOLA |

| | | |
|------------|---------|----------|
| 25/11/2021 | giovedì | SETTIMO |
| 30/11/2021 | martedì | DE PAOLA |
| 02/12/2021 | giovedì | SETTIMO |
| 07/12/2021 | martedì | DE PAOLA |
| 09/12/2021 | giovedì | SETTIMO |
| 14/12/2021 | martedì | DE PAOLA |
| 16/12/2021 | giovedì | SETTIMO |

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 _____

dichiara di aver compreso quanto riportato nella circolare n. 64 del 26/10/2021 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, **presta** 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 riportato nella circolare n. 64 del 26/10/2021 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 dei genitori o

Esercente la responsabilità genitoriale

