

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO - FESR

pon
2014-2020



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



ISTITUTO COMPRENSIVO CASORIA3-CARDUCCI-KING

Via S.M.C. Brando -80026 Casoria (Na)

via A. Moro – 80026 Casoria (NA)

Tel e Fax 081 7586601

C.M. NAIC8EM009

email-naic8em009@istruzione.it _pec – naic8em009@pec.istruzione.it



ISTITUTO COMPRENSIVO
"CASORIA 3 - CARDUCCI-KING"
CASORIA (NA)
Prot. 0007407 del 01/10/2025
IV-8 (Uscita)

**AI GENITORI
AI DOCENTI
AGLI ALUNNI
AL PERSONALE ATA
LORO SEDI**

**e p.c. Direzione Generale per le Politiche sociali e socio -sanitarie
e.p.c. Ordine Psicologi Regione Campania**

Oggetto: Avvio attività sportello di ascolto e sostegno psicologico

Si comunica alle componenti in indirizzo che, a partire da martedì 07/10/2025, secondo il seguente calendario:

martedì e giovedì ore 14:30/16:00 c/o Plesso KING;

venerdì a settimane alterne dalle ore 9:00 alle ore 14:00 tra plesso King e plesso Carducci.

Sarà articolato in due modalità:

- Incontri per gruppi classe, attraverso richiesta formulata dai docenti e coordinatori di classe.
- Colloqui individuali su richiesta degli interessati, previo appuntamento.

Sarà possibile prenotare gli incontri di classe o i colloqui individuali inviando una e-mail di richiesta all'indirizzo naic8em009@istruzione.it dalla propria casella di posta elettronica, oppure contattando la Dottoressa al numero 3317279020.

Per accedere al colloquio sarà necessario firmare il consenso informato, allegato alla presente circolare.

Si ricorda che la consulenza non ha finalità clinico-terapeutiche ma è finalizzata ad accogliere le narrazioni e i vissuti emotivi di chi ne usufruisce con l'obiettivo di promuovere il benessere psico-sociale nei ragazzi e prevenire situazioni a rischio di sviluppo psicopatologico, ed inoltre:

- Promuovere le competenze personali, relazionali e sociali dei ragazzi (life e social skills)
- Fornire un sostegno per prevenire e gestire problematiche incontrate nella fase di sviluppo (scolastiche, personali, sociali, relazionali ecc..)
- Migliorare la conoscenza di sé al fine di operare scelte consapevoli - Incrementare il livello di autostima e il senso di autoefficacia personale - Migliorare le abilità comunicative con i principali adulti di riferimento

In più fornire consulenza psicologica dedicata alle famiglie, volta al sostegno del ruolo genitoriale e alla mediazione nel rapporto tra scuola e famiglia.

I contenuti di ogni colloquio saranno strettamente coperti dal segreto professionale (D. Lgs. 30.6.2003, n.196). Ad ognuno che farà richiesta per accedere allo Sportello, verranno garantiti un massimo di tre/quattro incontri, al termine dei quali, verrà fornita una restituzione verbale di quanto emerso, nonché qualora ci siano le condizioni, l'indicazione ad iniziare un percorso psicoterapeutico ed eventuale invio ai Servizi di Riferimento territoriali.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Giovanni Buonocore





Modulo per la prestazione professionale psicologica

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____
codice identificativo/codice destinatario SDI oppure PEC (Posta Elettronica Certificata) _____

affidandosi alla dott.ssa Navarra Federica, Psicologa, psicoterapeuta in formazione, iscritta all'albo dell'ordine degli Psicologi della Campania, numero 10185. Contatto tramite mail: federica.navarra96@gmail.com / PEC federica.navarra@psypec.it. / Numero di telefono 3317279020.

È informato sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani – di seguito C.D.;
2. la prestazione offerta riguarda *Sportello di Ascolto Psicologico in ambito scolastico*;
3. la prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);
4. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione;
5. la dott.ssa Navarra Federica può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);
6. cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018**:

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la **protezione e il trattamento dei dati personali** alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. La dott.ssa Navarra Federica è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:



- a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché informazioni relative al pagamento dell'onorario per l'incarico (es. numero di carta di credito/debito) e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
- b. dati relativi allo stato di salute: i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale (o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i *dati personali*.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l'insieme dei *dati professionali*, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti prioritariamente secondo quanto previsto dal C.D.;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente allo psicologo.
4. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
5. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
6. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**.
7. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti
8. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

☐ per proprio conto

☐ esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. _____

(in caso di interdetto)

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____

codice fiscale _____



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 IL CONSENSO

☐ NON FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data_____

Firma_____

Firma della Professionista



Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

La sottoscritta _____, nata
a _____ il _____, residente
a _____, in via _____, codice
fiscale _____

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della madre.]

il sottoscritto _____, nato
a _____ il _____, residente
a _____, in via _____, codice
fiscale _____

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]

affidandosi alla dott.ssa Navarra Federica, Psicologa, psicoterapeuta in formazione, iscritta all'albo dell'ordine degli Psicologi della Campania, numero 10185. Contatto tramite mail: federica.navarra96@gmail.com / PEC federica.navarra@psypec.it. / Numero di telefono 3317279020

È informato sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani – di seguito C.D.;
2. la prestazione offerta riguarda *Sportello di Ascolto Psicologico in ambito scolastico*;
3. la prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);
4. cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018**:

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la **protezione e il trattamento dei dati personali** alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. La dott.ssa Navarra Federica è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici e di contatto;



b. dati relativi allo stato di salute.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i *dati personali*.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l'insieme dei *dati professionali*, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti prioritariamente secondo quanto previsto dal C.D.;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente allo psicologo.
4. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
5. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
6. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**.
7. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, 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.

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

nata/o a _____ il _____
residente a _____ in via _____
codice fiscale _____ (indicare i dati del minore)

☐ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

Firma del Professionista