



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE

# Sallustio Bandini

Istituto Tecnico Statale "S. Bandini" con sezione staccata Corso Serale

Via Cesare Battisti, 11 - 53100 Siena (SI)

Liceo Linguistico "R. Lambruschini" Via Prato dell'Ospedale, 9 - 53024 Montalcino (SI)



Circolare 80

Siena, 13 ottobre 2024

Ai Docenti  
Ai Genitori  
Agli alunni  
dell'I.S.S. Bandini

OGGETTO: "SPORTELLO di ASCOLTO" – Sede BANDINI.

Anche in questo anno scolastico riprende presso la nostra scuola lo Sportello di Ascolto, tenuto dalla dott.ssa Maria Giulia Biagini, Psicologa Psicoterapeuta iscritta all'Albo degli Psicologi della Toscana (cod. reg. n. 6171).

La figura dello psicologo, come supporto delle attività scolastiche, si inserisce con il ruolo di contribuire alla prevenzione dei disagi della personalità dell'alunno, al miglioramento della qualità dell'organizzazione e della vita scolastica, al complessivo benessere degli alunni, degli operatori scolastici e delle famiglie (art.1 testo unificato predisposto dal Comitato Ristretto per i Disegni di Legge nn.2967, 2888, 1829, 3345, 3620 e 3866 Istituzione del servizio di Psicologia Scolastica).

La presenza di uno Sportello di Ascolto Psicologico all'interno della scuola è una grande opportunità per affrontare e risolvere problematiche inerenti la crescita, legate agli insuccessi, alla dispersione scolastica, al bullismo e a tutte quelle difficoltà che possono emergere in una fase delicata come quella adolescenziale.

Si tratta di uno spazio dedicato prioritariamente ai ragazzi, ai loro problemi, alle loro difficoltà con il mondo della scuola, della famiglia, dei pari, ecc., ma è anche un possibile spazio di incontro e confronto con i genitori, per aiutarli a risolvere le difficoltà che possono sorgere nel rapporto con un figlio che cresce e cambia.

Gli interessati potranno aderire al servizio previo appuntamento preso con la prof.ssa Martini Elisabetta, referente del progetto, anche tramite l'e-mail personale [elisabetta.martini@istitutobandini.it](mailto:elisabetta.martini@istitutobandini.it)

Sarà possibile rivolgersi anche alle insegnanti di Religione.

I genitori che volessero avvalersi dello Sportello prenderanno contatti con l'insegnante.

Il progetto inizierà martedì 15 ottobre p.v.

Gli incontri si svolgeranno il martedì mattina dalle ore 9 alle ore 13 circa.

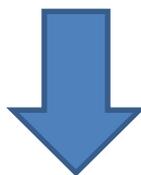
Si ringraziano sin da ora i docenti coordinatori per la loro collaborazione.

Cordiali saluti.

La Referente  
Prof.ssa Elisabetta Martini

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Alfredo Stefanelli

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO



Tel. 0577.49197 — Mail: [siis01100q@istruzione.it](mailto:siis01100q@istruzione.it) — PEC : [siis01100q@pec.istruzione.it](mailto:siis01100q@pec.istruzione.it)

[www.istitutobandini.it](http://www.istitutobandini.it) - Codice Fiscale 92064970525 C.M. SIIS01100Q

Campus linguistico e di preparazione alla certificazione delle lingue straniere

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta dott.ssa Maria Giulia Biagini, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n.6171; mail: [mariagiulia.biagini@gmail.com](mailto:mariagiulia.biagini@gmail.com); pec: [mariagiulia.biagini.423@psypec.it](mailto:mariagiulia.biagini.423@psypec.it)

prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola I.I.S. "Sallustio Bandini" di Siena, fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese presso i locali della scuola;

Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a) tipologia d'intervento: colloqui individuali di ascolto psicologico della durata di circa 30-45 minuti

(b) modalità organizzative: gli alunni prenderanno appuntamento tramite la professoressa Elisabetta Martini, referente del progetto

(c) scopi: favorire il benessere degli alunni e degli insegnanti a scuola; promuovere e rafforzare la comunicazione scuola-famiglia e suggerire eventuali modalità di intervento

(d) durata delle attività: da ottobre 2023 a giugno 2024, tre volte al mese

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine.

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Titolare del trattamento dati è la scuola.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo, in modo tale che il/la proprio/a figlio/a possa accedere al servizio qualora lo ritenga necessario, in qualunque momento dell'anno scolastico.



**Il Professionista (firma)**

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

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente ..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

**Luogo e data**

**Firma**

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenni.....  
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 dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

**Luogo e data**

**Firma della madre**

Il Sig. ....padre del minorenni.....  
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 dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

**Luogo e data**

**Firma del padre**

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tutore del minorenni.....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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ....presso lo Sportello di ascolto.

**Luogo e data**

**Firma del tutore**