



Istituto Tecnico del Settore Economico

"Aldo Capitini"



**FUTURA**

**LA SCUOLA  
PER L'ITALIA DI DOMANI**



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione  
e del Merito



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



Circolare n. 84

I. T. S. E. - "ALDO CAPITINI"-AGLIANA  
Prot. 0009621 del 30/11/2024  
V (Uscita)

Agli studenti e alle loro famiglie  
Al personale docente  
Al personale ATA  
Al DSGA  
Al sito WEB della scuola

## **OGGETTO: Avvio dello Sportello d'Ascolto Psicologico – A.S. 2024/2025**

Si comunica che a partire da **MARTEDI' 3 DICEMBRE** sarà attivo lo Sportello d'Ascolto Psicologico, uno spazio di consulenza affidato alla Psicologa Dott.ssa Risaliti Romina.

Lo sportello è volto a promuovere e favorire l'equilibrio e il benessere scolastico degli alunni e di tutta la comunità scolastica e sarà fruibile ogni MARTEDI', dalle ore 9,00 alle ore 13,00, previo appuntamento.

Gli studenti potranno confrontarsi con la Psicologa su tematiche legate al benessere personale in ambito scolastico ed extrascolastico. Il servizio è aperto anche ai Docenti, al personale ATA e ai genitori degli alunni, come spazio di confronto rispetto a tematiche inerenti al proprio ruolo educativo.

La Dott.ssa Risaliti, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, reperibile sul sito dell'Ordine all'indirizzo:

<https://www.ordinepsicologitoscana.it/public/files/doc/files/000010/00001075.pdf>.

I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

### **PREREQUISITO PER ACCEDERE ALLO SPORTELLO – CONSEGNA MODULO DI CONSENSO (IN ALLEGATO ALLA PRESENTE CIRCOLARE)**

Si ricorda ai genitori che l'autorizzazione allo Sportello d'Ascolto non significa che l'alunno dovrà necessariamente accedervi durante l'anno, ma non gli preclude la possibilità di richiedere autonomamente un appuntamento, nel caso ne sentisse la necessità.

### **PRESENTAZIONE DELLO SPORTELLO**

La Dott.ssa Risaliti farà un breve intervento, passando nelle classi, per spiegare direttamente agli alunni le finalità dello sportello e le modalità per prendere appuntamento.

### **MODALITA' DI ACCESSO ALLO SPORTELLO**

La consulenza allo sportello si terrà in presenza nell'aula polivalente al primo piano, sopra al centralino.

Per accedere, è necessario richiedere alla Dott.ssa risaliti un appuntamento, scrivendo direttamente un'e-mail alla Psicologa all'indirizzo [r.risaliti@aldocapitini.edu.it](mailto:r.risaliti@aldocapitini.edu.it), indicando nella richiesta il proprio nome, cognome e classe.

**Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Marina De Somma**

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



Istituto Tecnico del Settore Economico

"Aldo Capitini"



**FUTURA**

**LA SCUOLA  
PER L'ITALIA DI DOMANI**



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione  
e del Merito



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



Progetti  
Educativi  
Zonali  
Regione Toscana

## **MODULO DI CONSENSO AD UTILIZZARE LO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO**

### **PER ALUNNI MAGGIORENNI, GENITORI, DOCENTI E PERSONALE ATA**

L'alunno maggiorenne/insegnante/genitore/personale ATA \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione della circolare n. 84 del 30.11.2024 "Avvio dello sportello d'Ascolto Psicologico" e decide con piena consapevolezza:

- di avvalersi/potersi avvalere durante l'anno dello Sportello d'Ascolto Psicologico
- di non avvalersi dello Sportello d'Ascolto Psicologico

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

### **PER ALUNNI MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre (o Tutore) del minore \_\_\_\_\_

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

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

e

Il Sig \_\_\_\_\_ padre (o Tutore) del minore \_\_\_\_\_

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

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dichiarano di aver preso visione della circolare n. 84 del 30.11.2024 "Avvio dello sportello d'Ascolto Psicologico" e decidono con piena consapevolezza:

- di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere allo Sportello di Ascolto Psicologico
- di non prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere allo Sportello di Ascolto Psicologico

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma madre/tutore \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma padre/tutore \_\_\_\_\_

**Per accedere al servizio è necessaria la firma di entrambi i genitori/tutori**