



## Istituto Statale di Istruzione Secondaria di 2° Grado

ARTICOLAZIONI:

Ist. Prof. Serv. Comm.Tur. Soc.Pubblicità e Moda "G. Sismondi" - Ist. Prof. Ind. Art. "A. Pacinotti"  
Liceo Artistico "B. Berlinghieri" – Ist. Tecnico Statale – indirizzo Tecnologico "E. Ferrari"

Via Aldo Moro n°11 - 51017 PESCIA (PT) ITALIA - Codice Fiscale: 91005380471



Com n. 70

Pescia, 01/10/2021

Agli STUDENTI  
Alle FAMIGLIE  
Ai DOCENTI  
Al personale ATA  
Al DSGA

### Oggetto: Sportello in presenza per supporto psicologico

Si informano gli studenti, le famiglie e tutto il personale docente ed ATA che da Sabato 9 Ottobre 2021 sarà nuovamente attivo lo sportello per il supporto psicologico, in presenza, col Dott. Matteo Pappalardo nei seguenti giorni ed orari:

Sabato in orario 08.00 – 14.00

Martedì dalle ore 12.00 (fino al termine delle lezioni, se presenti appuntamenti)

Lunedì, Giovedì e Venerdì dalle ore 13.00 (se presenti appuntamenti, fino al termine delle lezioni)

Di seguito **le due modalità di prenotazione** per i colloqui:

#### Via mail

Le studentesse e gli studenti nonché tutto il personale docente ed ATA potranno richiedere un appuntamento **esclusivamente dalla loro mail istituzionale** ([nome.cognome@sismondipacinotti.edu.it](mailto:nome.cognome@sismondipacinotti.edu.it)) al Dott. Matteo Pappalardo scrivendo a:

[matteo.pappalardo@sismondipacinotti.edu.it](mailto:matteo.pappalardo@sismondipacinotti.edu.it)

**Non saranno accettate richieste provenienti da mail personali di studenti e lavoratori.**

Il Dott. Pappalardo ricontatterà gli interessati per fissare l'appuntamento richiesto, esclusivamente in presenza.

#### A Scuola

Le studentesse e gli studenti nonché tutto il personale docente ed ATA interessati potranno prenotare un appuntamento rivolgendosi direttamente alle collaboratrici scolastiche in servizio al piano terra della Segreteria. Sarà garantito il massimo riserbo sull'intera procedura.

Per poter accedere al servizio di supporto psicologico, si rende necessaria da parte delle famiglie degli studenti minorenni la compilazione del modulo allegato alla presente che verrà distribuito nei prossimi giorni a tutti gli studenti, da inviare firmato direttamente alla mail del Dott. Pappalardo (tramite scansione o foto) o da presentare di persona al primo appuntamento.

Sarà sempre garantita la massima discrezione sull'intera procedura.

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Tiziano Nincheri

**Firma autografa sostituita a mezzo stampa**  
**Ex art. 3 comma 2, D. Lgs. 39/93**



## Autorizzazione minore al servizio "Sportello di supporto psicologico"

Il/La sottoscritt/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_

Genitore/tutore/affidatariodell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ dell'I.S.I.S. "SISMONDI-PACINOTTI"

### DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

- presso l'Istituto è attivo lo Sportello di supporto psicologico;
- il servizio è erogato attraverso colloqui individuali a partire da una esplicita richiesta di appuntamento dello studente e/o del genitore con lo Psicologo Dott. MATTEO PAPPALARDO, iscritto all'Albo dell'Ordine degli Psicologi della Toscana;
- lo Psicologo è tenuto a garantire l'assoluta segretezza dei dati sensibili raccolti mediante i colloqui, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal D. Lgs. 196/2003;
- lo Psicologo può derogare al rigoroso rispetto del segreto professionale circa le notizie, i fatti e le informazioni apprese durante i colloqui, SOLO nel caso venga a conoscenza di notizie di reato o di elementi critici per la salute psicofisica del minorenne preso in carico; nel qual caso è tenuto ad informare SOLO la famiglia per suggerire gli interventi appropriati;
- la presente autorizzazione è valida per l'anno scolastico 2021/2022, fatta salva la possibilità dei genitori/tutori/affidatari di esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi direttamente agli uffici di Segreteria negli orari di apertura al pubblico.

### PERTANTO

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

il/la proprio/a figlio/a, minorenne, ad usufruire dei colloqui individuali nell'ambito del servizio di "Sportello di supporto psicologico".

### **Firma di entrambi i Genitori:**

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Qualora la presente sia firmata da un solo genitore, si richiede la compilazione da parte del firmatario anche della parte sottostante:

*"Il sottoscritto \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".*

### **Firma di un solo genitore:**

Padre/Madre: \_\_\_\_\_