



SEDE CENTRALE: Via Cesarò, 36 Erice (Casa Santa)
Cod. M.P.I. TPIS02200A – C.F. 93066580817

☎ 0923 569559 ☎ 0923 568484

✉ TPIS02200A@istruzione.it ✉ PEC TPIS02200A@pec.istruzione.it

🌐 www.sciasciaebufalino.edu.it



Comunicazione n. 254

Erice, lì 28/03/2022

Ai Sigg. DOCENTI
Agli ALUNNI
e, per loro tramite, ai GENITORI
TUTTE LE SEDI
Alla DSGA
All'ALBO della SCUOLA
AI SITO WEB ISTITUZIONALE

OGGETTO: *Educazione alla Salute – attività di prevenzione sui comportamenti a rischio (gioco d'azzardo e dipendenze comportamentali) – Aggiornamento calendario e integrazione team psicologhe.*

Si comunica che le classi che non hanno potuto svolgere nel mese di gennaio 2022 le attività previste dal progetto di informazione e prevenzione dei comportamenti a rischio (gioco d'azzardo e dipendenze comportamentali) di cui alla comunicazione n. 150 del 07/12/2021, recupereranno tale attività secondo il seguente calendario:

SEDE	CLASSE	DATA	Orario
SEDE CENTRALE VIA CESARÒ - ERICE	2 E	Mercoledì 6 aprile	09,20 – 10,30
	2 F	Mercoledì 6 aprile	10,30 – 11,40
	3 A	Lunedì 11 aprile	09,20 – 10,30
	3 B	Lunedì 11 aprile	10,30 – 11,40
	3 C	Mercoledì 13 aprile	09,20 – 10,30
	3 E	Mercoledì 13 aprile	10,30 – 11,40
	4 A	Mercoledì 20 aprile	09,20 – 10,30
	4 B	Mercoledì 20 aprile	10,30 – 11,40

Come già indicato nella comunicazione n. 150 il programma prevede:

- **Incontri di circa un'ora con tutte le classi** finalizzati alla:

- somministrazione agli alunni di un questionario sulle pratiche del gioco d'azzardo che negli ultimi anni coinvolge sempre più adolescenti
- Promozione di momenti di riflessione e consapevolezza sugli stati emozionali e psicologici.

- **Consulenze:** rivolte agli studenti, insegnanti, genitori che ne vogliano fare richiesta che consisteranno in un momento personale riguardante i bisogni della sfera relazionale, affettiva, emozionale e dell'area comportamentale.

L'attività in classe sarà svolta dalle psicologhe dell'ASP di Trapani, dott.ssa Tortorici M., dott.ssa Ognibene I., dott.ssa Tedesco M. S., dott.ssa Laricchia M. A., Ciulla A.

Le consulenze individuali saranno svolte dalla dott.ssa Tortorici M. e dalla dott.ssa Ciulla A. in seguito a richiesta degli alunni interessati inoltrate ai responsabili di plesso, con relativa liberatoria dei genitori per gli alunni minorenni che si allega alla presente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Margherita Ciotta

(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3, c. 2 del D. Lgs. n. 39/1993)



SPORTELLLO PSICOLOGICO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Decreto legislativo del 30/06/2003 n.196 GDPR 679/2016

(da far compilare e firmare a tutti coloro che detengono la responsabilità genitoriale del minore)

Io sottoscritto nato a il
..... e residente a Via/Piazza
..... C.F. identificato mediante documento
..... N Rilasciato da Il
.....

e lo sottoscritta nata a il
..... e residente a Via/Piazza
..... C.F. identificata mediante documento
..... N Rilasciato da Il
.....

rispettivamente PADRE e MADRE del minore (o detentori della responsabilità genitoriale del minore)

Nome..... Cognome
nato/a ail.....

SONO INFORMATO CHE:

- 1) la prestazione di Sportello d'Ascolto consisterà in consulenze psicologiche che si svolgeranno presso locali scolastici dell'Istituto adibiti allo scopo e nel rispetto della normativa anti-COVID-19;
- 2) i colloqui saranno volti a potenziare il benessere psicologico del minore;
- 3) la prestazione professionale sarà resa nel rispetto del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani";
- 4) i dati forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ivi compresi i dati sensibili e GDPR679/2016;
- 5) il trattamento dei dati avverrà con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consisterà nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi e avrà come unico scopo l'espletamento delle finalità legate all'attività di consulenza e alla rilevazione dei bisogni del minore;
- 6) titolare e responsabile del trattamento dei dati è il consulente psicologo dell'ASP di Trapani;
- 7) lo spazio di ascolto individuale sarà attivato secondo le date concordate col minore.

PERTANTO AUTORIZZO

mio/a figlio/a a **fruire**, qualora lo desiderasse, dello "Sportello d'Ascolto Psicologico" presso i locali del plesso di dell'IISS Sciascia e Bufalino di Trapani per l'anno scolastico 2021-2022 e al **trattamento** dei suoi dati personali secondo la normativa vigente (Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (GDPR) e D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196)

DATA _____

FIRMA GENITORE _____ FIRMA GENITORE _____

In caso in cui firmi un solo genitore:

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di effettuato la scelta/riciesta 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

Il genitore unico firmatario:

FIRMA GENITORE _____