



Liceo Scientifico
Liceo Scientifico opzione Scienze Applicate
Liceo Classico
Liceo Scientifico Sezione Sportiva
"Federico Quercia"

Via Gemma, 54 - Segreteria Tel/Fax (0823) 824934 - Presidenza Tel/Fax (0823) 824700
81025 Marcianise (CE) - Codice Fiscale 80006850616
CEPS03000C@istruzione.it - www.liceofedericoquercia.edu.it
ceps03000c@pec.istruzione.it



LICEO "F. QUERCIA" MARCIANISE
Prot. 0003789 del 14/03/2025
VII (Uscita)

Comunicazione

**Ai Genitori
Agli Studenti
Ai Docenti
Al personale ATA
Alla DSGA**

Oggetto: Avvio Sportello di ascolto psicologico per studenti, genitori, docenti e personale ATA

Si comunica che è attivo presso la scuola lo sportello di ascolto curato dal dott. Massimiliano Delle Curti e dalla dott.ssa Marianna Moretta. Il servizio sarà erogato nella modalità in presenza con colloqui individuali in un'aula della sede Centrale di via Gemma in orario pomeridiano.

Le richieste di accesso al servizio possono essere consegnate alla funzione strumentale Supporto Studenti, prof.ssa Irene Cecere, in vicepresidenza.

In alternativa, gli appuntamenti possono essere fissati contattando direttamente il/la psicologo/a.

I contatti dei professionisti sono:

- Dott. Massimiliano Delle Curti_ n. cellulare: 3922606853
- Dott.ssa Marianna Moretta_ n. cellulare: 3288611588

Lo sportello sarà fruibile:

- - il giovedì (dott. Massimiliano Delle Curti), previo appuntamento;
- - il lunedì ed il mercoledì (dott.ssa Marianna Moretta), previo appuntamento.

Per l'accesso allo sportello è necessario compilare il Modulo di consenso e liberatoria ad utilizzare lo sportello d'ascolto psicologico disponibile sul sito istituzionale della scuola nella sezione dedicata (Servizi-Sportello ascolto) e di seguito allegato.

Marcianise, 14-03-2025



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
PROF. DIAMANTE MAROTTA



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

Il sottoscritto/a dott. MASSIMILIANO DELLE CURTI psicologo,

La sottoscritta dott.ssa MARIANNA MORETTA psicologa,

iscritti all'Ordine degli Psicologi della Campania, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso la Scuola "Liceo Federico Quercia" di Marcianise (CE) forniscono le seguenti informazioni.

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

- (a) Le prestazioni saranno rese in un'aula dedicata presso il Plesso Centrale del "Liceo Federico Quercia" di Marcianise (CE);
- (b) tipologia d'intervento: colloqui individuali;
- (c) modalità organizzative: incontri in presenza;
- (d) durata delle attività: 1 ora.

I professionisti, nello svolgimento delle proprie funzioni, sono tenuti all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [CDPI_-2023-clean-con-premessa-etica.pdf \(psy.it\)](#).

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. Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il/La Professionista (firma)

.....

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO DI SEGUITO RIPORTATO:

MAGGIORENNI

Lo studente maggiorenne/docente/genitore/personale ATA 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/piazzan.....

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/piazzan.....

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

Per accedere al servizio è necessaria la firma di entrambi i genitori.

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/piazzan.....

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