



Via della Colonna 9/11 50121 – Firenze

Tel: 0552478151

Sito Web: www.liceomichelangiolo.it

E-mail: FIPC04000N@istruzione.it

PEC: FIPC04000N@pec.istruzione.it

Circolare n. 100

Firenze, 27.11.2024

LICEO GINNASIO STATALE - "MICHELANGIOLO"-FIRENZE
Prot. 0005372 del 27/11/2024
VII (Uscita)

Alla F.S. Inclusione e benessere, prof.ssa Benzi

Ai Docenti

Agli studenti e ai loro genitori

Agli atti

Al sito web

E p.c. alla Dott.ssa Angela Cipriani - dott.cipriani.angela@liceomichelangiolo.it

Oggetto: Attivazione sportello psicologico della scuola, a.s. 2024/25

Si informa che lo sportello psicologico del Liceo Michelangiolo sarà attivato dal prossimo martedì 03.12.2024.

Lo sportello, previa prenotazione, si svolgerà ogni **martedì dalle ore 13:00 alle ore 15:00**.

Le richieste saranno inoltrate alla Dott.ssa Angela Cipriani, psicologa (OPT 2702) incaricata dal Liceo Michelangiolo, al seguente indirizzo istituzionale : dott.cipriani.angela@liceomichelangiolo.it

Gli appuntamenti potranno essere effettuati entro le ore 18.00 del giorno precedente.

Ogni appuntamento avrà un orario preciso e non potrà durare oltre 30 minuti, per consentire a più utenti di accedere al servizio.

In occasione del primo incontro con la psicologa, gli studenti maggiorenni dovranno presentare firmato il modulo di consenso informato; gli studenti minorenni presenteranno il modulo di consenso informato firmato da entrambi i genitori. I moduli sono reperibili nella sezione "Documenti" → "modulistica famiglie" del sito web del Liceo Michelangiolo..

In caso di necessità di un intervento della psicologa nelle classi, i Coordinatori presenteranno la richiesta per iscritto alla F.S. Prof.ssa Benzi, che – su autorizzazione della Dirigente Scolastica – organizzerà l'incontro con la psicologa.

La Dirigente Scolastica

Federica Gambogi

Documento elettronico originale firmato digitalmente e
conservato dal Liceo Michelangiolo ai sensi della normativa vigente

Consenso informato MAGGIORENNI prestazione psicologica scolastica Liceo Classico Michelangiolo

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

dichiara che, affidandosi alla Dott. Angela Cipriani, iscritta all'Albo Ordine Psicologi e Psicoterapeuti Toscana numero 2702) è informato/a sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. la psicologa è tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi italiani;
2. la prestazione offerta riguarda una consulenza psicologica scolastica;
3. la prestazione è ordinaria: definizione del bisogno ed elaborazione della domanda d'aiuto;
4. la prestazione è finalizzata unicamente al benessere psicologico dello studente;
5. la durata del colloquio è di mezz'ora;
6. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicandolo alla psicologa;
8. le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti;
9. il colloquio non ha costo per la famiglia essendo un servizio offerto dalla scuola.

È informata/o in merito al trattamento dei dati:

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR) prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati.
2. La dott.ssa Cipriani è titolare del trattamento di eventuali dati personali e adatterà ogni procedura idonea a proteggere la riservatezza nel senso del segreto professionale e adeguate misure di sicurezza. I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili solo alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie.

Visto e compreso per proprio conto

FORNISCO IL CONSENSO – ai colloqui con la Dott.ssa Cipriani, a.s. 2024-25

Luogo e data _____

Firma _____

Consenso informato MINORENNI prestazione psicologica scolastica Liceo Classico Michelangiolo

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

dichiara che, affidandosi alla Dott. Angela Cipriani , iscritta all'Albo Ordine Psicologi e Psicoterapeuti Toscana numero 2702) è informato/a sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. la psicologa è tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi italiani;
2. la prestazione offerta riguarda una consulenza psicologica scolastica;
3. la prestazione è ordinaria: definizione del bisogno ed elaborazione della domanda d'aiuto;
4. la prestazione è finalizzata unicamente al benessere psicologico dello studente;
5. la durata del colloquio è di mezz'ora;
6. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicandolo alla psicologa;
8. le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti;
9. il colloquio non ha costo per la famiglia essendo un servizio offerto dalla scuola.

È informata/o in merito al trattamento dei dati:

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR) prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati.
2. La dott.ssa Cipriano è titolare del trattamento di eventuali dati personali e adotterà ogni procedura idonea a proteggere la riservatezza nel senso del segreto professionale e adeguate misure di sicurezza. I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili solo alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie.

Visto e compreso per proprio conto nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____

|_ | FORNISCONO IL CONSENSO ai colloqui con la Dott.ssa Cipriani, a.s. 2024-2025.

Luogo e data _____

Firma genitore _____

Firma genitore _____