



**ISTITUTO
AGRARIO
DOMENICO
SARTOR**

I.S.I.S.S. "DOMENICO SARTOR"
Prot. 0008345 del 25/10/2021
08-08.01 (Uscita)

**ISTITUTO TECNICO
IN AGRARIA,
AGROALIMENTARE
E AGROINDUSTRIA**

**ISTITUTO PROFESSIONALE
IN AGRICOLTURA,
SVILUPPO RURALE,
VALORIZZAZIONE DEI
PRODOTTI DEL TERRITORIO
E GESTIONE DELLE RISORSE
FORESTALI E MONTANE**

**ISTRUZIONE E FORMAZIONE
PROFESSIONALE
PER OPERATORE AGRICOLO**

Sede Centrale

Via Postioma di Salvarosa, 28
31033, Castelfranco Veneto (tv)
tel 0423 490615 - fax 0423 721103
posta@istitutoagrariosartor.edu.it
posta@pec.istitutoagrariosartor.it
MUR tvs018005@istruzione.it
MUR tvs018005@pec.istruzione.it

Sezione Associata

Via San Gaetano, 156
31044, Montebelluna (tv)
tel 0423 22283 - fax 0423 602276
montebelluna@istitutoagrariosartor.edu.it

istitutoagrariosartor.edu.it



Comunicato n.61

A tutti gli studenti e genitori
dell'Istituto – Tutte le sedi

Al personale DOCENTE
e, p.c. Al Direttore dei Servizi GG.AA

Oggetto: Attuazione del servizio di supporto psicologico. A.S.2021-2022

Si comunica che è attivo, presso il nostro Istituto, il Servizio di Supporto Psicologico per gli alunni, per i genitori e per i docenti, per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico legato all'attuale situazione di emergenza a seguito di pandemia da COVID 19, condotto dalla psicologa dott.ssa Lucia Girolimetto.

Il servizio è esteso agli studenti, ai genitori e ai docenti di tutte le classi dell'Istituto e di tutte le sedi.

I colloqui, ad accesso gratuito, non avranno natura clinica né terapeutica ma esclusivamente di ascolto, confronto e consulenza.

Si ricorda che tali attività richiedono l'autorizzazione delle famiglie per i minori.

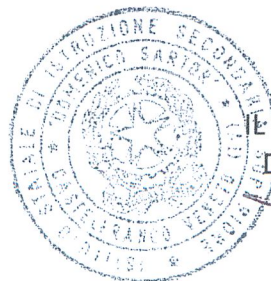
Il consenso informato allegato alla propria informativa, firmato dai genitori per i minorenni, dovrà essere inviato alla mail: uff.didattica@istitutoagrariosartor.edu.it

Si potrà richiedere l'accesso al servizio inviando una mail all'indirizzo

psicologa.girolimetto@istitutoagrariosartor.edu.it

e gli interessati saranno contattati direttamente dalla psicologa per fissare un incontro.

Gli orari di disponibilità dello sportello di supporto psicologico prevedono incontri in modalità online.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Antonella Alban

**CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI AI SENSI DEL
REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018 SUPPORTO PSICOLOGICO A DISTANZA –
CONSENSO PER STUDENTI**

I sottoscritti genitori/tutori _____

tel. _____ email _____

dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo
_____ telefono _____ email

vengono informati sulle attività e finalità del supporto Psicologico a distanza istituito presso questo Istituto rivolto ad alunni, genitori e docenti. Il suddetto servizio è curato - per conto e ad onere dell'Istituzione - dalla Dottoressa Girolimetto Lucia, professionista iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto.

Colloqui di consulenza e supporto psicologico a distanza

La prestazione offerta dallo psicologo è una consulenza psicologica finalizzata all'acquisizione di una conoscenza più approfondita degli interessi, delle attitudini, delle capacità, del metodo di studio personale e della personalità dei ragazzi in relazione ai problemi e alle difficoltà che incontrano dentro e fuori la scuola. In questo particolare momento, il supporto psicologico verrà fornito in riferimento alle criticità e fragilità psicologiche derivanti dalla diffusione del COVID-19; In ottemperanza al DPCM 4 Marzo 2020 e seguenti, potranno essere utilizzati per la prestazione sopradescritta, i colloqui effettuati tramite consulenza in modalità telematica, preventivamente concordata tramite email o secondo accordo diretto con la Psicologa. Per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D. I sottoscritti, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore sopra indicato: • avendo ricevuto informazioni adeguate in relazione ai fini e alle modalità della stessa, autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad accedere al supporto Psicologico; •

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____