



## *Istituto comprensivo "Arbe - Zara"*

Viale Zara n. 96 (via Arbe, 21) - 20125 MILANO

C.F. 80124730153 – Cod. Mecc. MIIC8DG00L

Milano ☎ 02/88467600

Sito Istituto: [www.icarbezara.edu.it](http://www.icarbezara.edu.it) - istituzionale: [MIIC8DG00L@istruzione.it](mailto:MIIC8DG00L@istruzione.it)

posta certificata: [MIIC8DG00L@pec.istruzione.it](mailto:MIIC8DG00L@pec.istruzione.it)

Codice univoco per fatturazione elettronica **UF58DE**

Circolare n.139

Milano, 16 gennaio 2024

- Ai genitori  
Ic Arbe Zara
- Ai docenti  
e p. c. al personale ATA
- Agli atti
- Al sito web

### **Oggetto: Avvio sportello psicologico**

Si comunica che a partire dal **giorno 25 gennaio**, verrà avviato lo sportello psicologico tenuto dalla Dott.ssa Italiano Antonia.

Lo sportello è uno spazio di ascolto e supporto pensato per garantire a tutti i partecipanti del mondo scolastico (studenti, genitori ed insegnanti) l'opportunità di usufruire gratuitamente della consulenza psicologica all'interno dell'Istituto.

Lo Sportello Psicologico sarà attivo ogni giovedì mattina, previo appuntamento, secondo il calendario in allegato.

Le modalità d'accesso sono le seguenti:

- **Per gli studenti:** per prenotarsi è necessario inserire un bigliettino con NOME, COGNOME E CLASSE all'interno della scatola che si trova sempre a disposizione sul tavolo in corridoio. Per accedere al servizio è necessario consegnare alla dott.ssa Italiano al primo accesso, i moduli di consenso informato compilati e firmati da entrambi i genitori o dai tutori dello studente. Non sarà possibile effettuare colloqui con minori senza l'autorizzazione firmata.

- **Per genitori e insegnanti:** per prenotare un colloquio è possibile contattare direttamente la Psicologa, Dott.ssa Antonia Italiano, via e-mail al seguente indirizzo: [sportellopsy.zara@gmail.com](mailto:sportellopsy.zara@gmail.com)

**Lunedì 22 gennaio dalle ore 17:45 alle 18:45**, la dott. Italiano terrà un **incontro informativo**, per genitori e docenti, via meet a cui è possibile partecipare, tramite email istituzionale, cliccando al seguente link: [meet.google.com/tss-oiqe-ccz](https://meet.google.com/tss-oiqe-ccz)

Allegati:

- Calendario
- Consenso informato per minori

Il Dirigente Scolastico  
dott.ssa Tiziana Falconetti  
Firma autografa omessa ai sensi  
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

## Calendario

22 gennaio 2024	h 17.45-18.45 incontro informativo via meet	
data	Sede via Pianell, 40	Sede via Bottelli,3
25 gennaio 2024	h 8.30-9.30	h 10.00-12.00
1 febbraio 2024		
8		
22		
29		
7 marzo 2024		
14		
21		
4 aprile 2024		
11		
18		
2 maggio 2024		
9		
16		
23		
30		
03 giugno 2024	h 18-19 incontro di restituzione via meet	

## **MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO**

Lo sportello psicologico è gestito dalla dott.ssa Antonia Italiano, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 03/10899

In riferimento allo Sportello d'ascolto psicologico si informa quanto segue in relazione al **Consenso Informato**:

- ° la prestazione è finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti con i pari, con i docenti e i genitori; comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art.1 della L.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico
- ° la psicologa è tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi, in particolare è tenuta al segreto professionale (art.11);
- ° la psicologa può derogare da tale obbligo in base a quanto previsto dagli art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- ° la psicologa si avvale del colloquio clinico, per il conseguimento degli obiettivi ;
- ° la consulenza psicologica non ha carattere terapeutico e il numero degli incontri potrà variare in rapporto alle situazioni ;
- ° la psicologa valuta ed eventualmente fornisce informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 Codice Deontologico degli Psicologi);
- ° per prestazioni rivolte ai minori di anni 18, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale (art.31);

## **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) E D.Lgs 101/2018**

**Finalità del trattamento:** La informiamo che i dati sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell'interesse e nella tutela del minore. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso l'Istituto \_\_\_\_\_ di Milano nei confronti di minori che frequentano la stessa. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per la Dott.ssa Antonia Italiano di prestare il servizio di Sportello di ascolto al minore. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi/e e si sviluppa in una consulenza psicologica breve. I colloqui vengono effettuati in presenza. Se la scuola dovesse tornare in DAD i colloqui verranno erogati in remoto tramite piattaforma della scuola stessa.

**Modalità del trattamento:** il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l'adempimento delle

sopra descritte finalità. Il trattamento dei dati sensibili viene effettuato direttamente dalla Dott.ssa Antonia Italiano sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

**Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso:** i dati personali potranno così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) essere comunicati/trasferiti a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell'esclusivo interesse del soggetto.

**Titolare e Responsabile del trattamento** è la Dirigente Scolastica Dott.ssa \_\_\_\_\_

**Diritti dell'interessato:** le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e 24 del D. Lgs. 196/03 così come modificato dal D.lgs.n.101/2018 in merito alla cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati personali registrati.

**MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore \_\_\_\_\_

che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Antonia Italiano presso lo Sportello di ascolto dell'Istituto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore \_\_\_\_\_

che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Antonia Italiano presso lo Sportello di ascolto dell'Istituto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig. \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tutore del minore \_\_\_\_\_ in ragione di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)*

residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto dell'Istituto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_