

## **INFORMATIVA RELATIVA ALLA PRESTAZIONE DI CONSULENZA PSICOLOGICA SCOLASTICA - Secondaria di primo grado i.c. "A. Gramsci" di Mulazzano**

Si invitano i genitori interessati a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo informativo relativo alle prestazioni professionali psicologiche previste dal progetto "Sportello di ascolto psicologico" per alunni della scuola secondaria di primo grado dell'istituto.

- Le **attività** finalizzate alla promozione del benessere a scuola saranno come di seguito organizzate:  
**i colloqui** per gli studenti avranno carattere di consulenza e supporto e avverranno **presso l'istituto durante l'orario scolastico**, secondo un calendario stabilito; gli studenti potranno segnalare la propria richiesta e il docente referente provvederà, nel rispetto della privacy dello studente, a fornire al professionista i nominativi. Gli **interventi nelle classi** saranno modulati a seconda dell'obiettivo/tema preventivamente concordato con i docenti e comunicati ai genitori.
- **Lo scopo:**  
I **colloqui** con gli alunni saranno orientati al confronto e alla riflessione in uno spazio non giudicante con l'obiettivo di supportare gli studenti nel loro percorso scolastico e personale riflettendo sulle difficoltà che si presentano e sulle risorse da attivare. Gli **interventi nelle classi** avranno lo scopo di prevenire il disagio, promuovere benessere, favorire un clima relazionale positivo e costruttivo tra alunni e con i docenti attraverso attività di laboratorio e discussioni in gruppo. Lo psicologo condividerà con i docenti solo le informazioni strettamente necessarie alla comprensione delle dinamiche della classe e a favorire relazioni positive tra gli alunni e con i docenti.
- Lo psicologo incaricato dall'istituto per lo svolgimento delle prestazioni relative al progetto, è regolarmente iscritto all'Ordine degli Psicologi. Nello svolgimento delle proprie funzioni, lo psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani. A tal proposito si sottolinea il **carattere di riservatezza** degli interventi (Art.11 C.D.P.I.), pertanto né genitori, né insegnanti, né dirigente potranno essere informati in merito ai contenuti emersi dai colloqui individuali con gli alunni, fatto salvo diversi accordi intercorsi tra professionista e studente o secondo quanto previsto dal C.D.P.I.). L'istituto provvederà a fornire alle famiglie il nominativo del professionista incaricato per l'anno scolastico in corso.
- Il servizio è **gratuito**
- **Trattamento dei dati personali**  
I dati personali e sensibili saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze di trattamento e nel rispetto della normativa vigente (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018). Titolare del trattamento è il dirigente scolastico prof. Andrea Emilio Antonio Vergani.
- Affinché gli alunni possano accedere al servizio, **è necessario che entrambi i genitori** (o chi esercita la responsabilità genitoriale) **forniscano il proprio consenso** compilando l'apposito modulo. Il consenso ha **validità per tutti gli anni di frequenza** dello studente presso l'i.c. "A. Gramsci" di Mulazzano. Tale consenso è **revocabile** in qualsiasi momento segnalando per iscritto la scelta al dirigente e al professionista incaricato.

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE DI  
CONSULENZA PSICOLOGICA SCOLASTICA**  
Progetto "Sportello di ascolto" – Secondaria di primo grado i.c. Gramsci di Mulazzano

Per il/la minore (nome e cognome  
alunno) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di GENITORI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE, **dichiarano** di aver letto e compreso le informazioni in merito a modalità di svolgimento e finalità del servizio e decidono di

**FORNIRE IL CONSENSO**

**NON FORNIRE IL CONSENSO**

Per tutta la durata del corso di studi presso l'istituto affinché il figlio/a possa accedere alle attività del progetto di sportello di ascolto psicologico come indicate nell'informativa

Data \_\_\_\_\_

Firma madre \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**MINORE SOTTO TUTELA**  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

In qualità di **TUTORE** legale del minore, in ragione di \_\_\_\_\_

(Indicare Provvedimento, l'autorità emanante, data e numero)

**Dichiara** di aver letto e compreso le informazioni in merito alle modalità di svolgimento e finalità del servizio e decide di:

**FORNIRE IL CONSENSO**

**NON FORNIRE IL CONSENSO**

affinché il minore possa accedere alle attività del progetto "Spazio A" come indicate nel modulo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_