



**Istituto Comprensivo Dante**  
**C.F. 91055810120 C.M. VAIC878006**

AOO\_VAIC878006 - Area Organizzativa Omogenea  
Prot. 0004049/U del 16/10/2020 11:36:20

Ministero dell'Istruzione

**Istituto Comprensivo "Dante"**

Via Rusnati,1 – 21013 Gallarate (VA)

C.F. 91055810120– Cod. Meccanografico VAIC878006

Tel. 0331.792428 - Fax 0331.774924 - e-mail: vaic878006@istruzione.it

=====

Alle Famiglie degli alunni  
Scuola Secondaria di primo grado "Majno"  
**Gallarate**

**Oggetto: SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO RIVOLTO AGLI STUDENTI DELLA SCUOLA  
SECONDARIA DI I GRADO "MAJNO"**

Nell'ambito del progetto "Inclusione" dell'Istituto Comprensivo è previsto uno sportello psicopedagogico destinato **agli alunni della scuola secondaria di primo grado "Majno"**, che verrà affidato alla Dott.ssa Anna Prunesti, psicologa e psicoterapeuta dell'età evolutiva.

Tutti gli allievi che desiderano richiedere un appuntamento allo sportello devono aver consegnato il consenso e l'autorizzazione da parte di entrambi i genitori ad inizio anno scolastico (o di chi ne detiene la patria potestà oppure la tutela legale) al coordinatore di classe. Il consenso ha validità per l'intero ciclo scolastico e può essere revocata dal genitore in qualsiasi momento. Se non in presenza di validi motivi, si consiglia ai genitori di fornire il proprio consenso in modo tale che il ragazzo possa durante l'anno decidere liberamente se usufruire o meno del servizio.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Daniele Chiffi)



Ministero dell'Istruzione  
**Istituto Comprensivo "Dante"**  
Via Rusnati,1 – 21013 Gallarate (VA)  
C.F. 91055810120– Cod. Meccanografico VAIC878006  
Tel. 0331.792428 - Fax 0331.774924 - e-mail: vaic878006@istruzione.it

=====

**MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLLO PSICOLOGICO**

In riferimento al progetto "Sportello d'ascolto" che coinvolgerà i ragazzi della scuola secondaria di 1° grado si informa che:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 4 (salvo eccezioni particolari).
- la psicologa valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce al minore le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11);
- la psicologa può derogare a questo obbligo in base a quanto previsto dagli Artt.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

I sottoscritti

COGNOME E NOME PADRE \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, in via/piazza \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME MADRE \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, in via/piazza \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

In qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria sul minore \_\_\_\_\_ che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

- AUTORIZZANO
- NON AUTORIZZANO (Barrare la casella che interessa)

Il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri. Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori e la scelta vale fino al termine dell'anno scolastico in corso.

Data, \_\_\_\_\_

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

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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI DEL MINORE

Informativa ai sensi del GDPR 679/2016 in materia di trattamento di dati personali e sensibili

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

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

**Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

-----  
*data*

-----  
*firma del richiedente*