



ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO "BALILLA PAGANELLI"

Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado
Metodo Montessori - Scuola Senza Zaino - Cl@ssi 2.0

Via Friuli, 18 - 20092 - Cinisello Balsamo (MI) - Tel. 02 66047583 - 02 66047832

C.M.: MIIC82500Q - C.F.: 85007770150

e-mail istituzionale: miic82500q@istruzione.it - PEC: miic82500q@pec.istruzione.it



COS'E' LO SPAZIO DI ASCOLTO SCOLASTICO?

Anche quest'anno l'Istituto Comprensivo "Balilla Paganelli" aderisce al Progetto COMPASS della Cooperativa Mosaico di Cinisello Balsamo, finanziato dalla Fondazione Peppino Vismara con il contributo dell'Istituto Comprensivo.

A partire **da gennaio 2022** fino a conclusione dell'anno scolastico 2021/2022 sarà attivo lo **Spazio di Ascolto**, ideato come risorsa operante in sinergia con la Scuola, che prevederà la possibilità di svolgere colloqui psicologici con la psicologa **dott.ssa Viola Malgrati**.

Tale servizio sarà rivolto agli/alle **alunni/e della scuola Secondaria** con l'obiettivo di offrire a Scuola uno spazio di condivisione, riflessione e supporto in questa delicata fase di crescita in cui il dialogo con la famiglia si fa più sporadico e talvolta difficile. (Laddove emergessero particolari bisogni da parte dei minori, la psicologa procederà congiuntamente al coinvolgimento dei genitori).

Inoltre, lo Spazio di Ascolto sarà accessibile ai **genitori e al personale scolastico di tutto l'Istituto Comprensivo**, individualmente o in gruppo.

Si specifica che il servizio **non è da intendersi come percorso "terapeutico"**, ma piuttosto come uno spazio dove portare dubbi, pensieri e domande per avere un primo rimando da personale qualificato e, qualora se ne valutasse la necessità, ottenere indicazioni dettagliate per l'utilizzo di servizi specifici presenti sul territorio.

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPAZIO DI ASCOLTO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Viola Malgrati, Psicologa Iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 20556

E-mail: malgrativiola.compass@isc-paganelli.edu.it prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Spazio di Ascolto presso l'Istituto Comprensivo "Balilla Paganelli" fornisce le seguenti informazioni.

Le attività dello Spazio di Ascolto saranno organizzate come di seguito:

Tipologia d'intervento e obiettivi principali

Lo Spazio di Ascolto rappresenta uno spazio di informazione, sostegno, consulenza, assistenza psicologica per accogliere e supportare studenti, genitori e personale scolastico nel prevenire e nell'affrontare il disagio e potenziare le risorse disponibili.

Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del "Codice Deontologico degli psicologi italiani").

Modalità organizzative

- **PER I RAGAZZI** i colloqui si svolgeranno a scuola il **VENERDÌ DALLE 9:00 ALLE 12:00**. Per richiedere un appuntamento bisognerà lasciare un foglietto con scritto nome, cognome e classe nell'apposita cassetta dello Spazio di Ascolto.
In caso di quarantena o limitazioni previste per arginare l'emergenza sanitaria, i colloqui potranno svolgersi online previo appuntamento all'indirizzo: malgrativiola.compass@isc-paganelli.edu.it
- **PER GENITORI E DOCENTI** i colloqui si svolgeranno **ONLINE**. Per richiedere un appuntamento sarà necessario scrivere una mail all'indirizzo: malgrativiola.compass@isc-paganelli.edu.it

Limiti

Per l'accesso al servizio da parte degli studenti è condizione necessaria la compilazione del modulo di consenso informato con la firma di entrambi i genitori o tutori. In qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di interrompere il rapporto con la professionista.

Durata delle attività

Lo sportello psicologico sarà attivo dal mese di gennaio 2022 al mese di giugno 2022.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello d'ascolto psicologico, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

AUTORIZZAZIONE ALLO SPAZIO DI ASCOLTO (da riconsegnare al coordinatore di classe)

La Sig.ra _____ **madre del minore** _____
nata a _____ il ____/____/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla **dott.ssa Viola Malgrati** presso lo Spazio di ascolto e/o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ **padre del minore** _____
nato a _____ il ____/____/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla **dott.ssa Viola Malgrati** presso lo Spazio di ascolto e/o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

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 particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla **dott.ssa Viola Malgrati** presso lo Spazio di ascolto e/o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

I dati forniti saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 che prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati. Qualunque argomento o informazione raccolta resterà riservata e non verrà comunicata se non per le finalità sopra dichiarate oltre che per adempiere a precisi obblighi di Legge.

*Il titolare del trattamento è il Dirigente scolastico che si occuperà della loro conservazione con procedure idonee a tutelarne la riservatezza. I dati raccolti verranno **conservati solo per il tempo necessario** allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo minimo di **3 anni, dopodiché** verranno **distritti in modo sicuro**. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Si ha altresì diritto di recedere al presente consenso in qualsiasi momento, previa richiesta scritta al Titolare del trattamento stesso.*

La presente dichiarazione ha valore per tutto il periodo di permanenza dell'alunno all'interno della scuola e anche per gli eventuali colloqui che verranno svolti con i genitori.