

ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE  
" Marisa Bellisario "

Corsi diurni e serali

Strada Statale Padana Superiore, 24 - 20065 INZAGO

Tel. 02.9549502 - Cod. Fisc.: 91517590153 - Cod.Univoco: UF43L0

Sede Coordinata Via E. Curiel, 4- 20056 TREZZO S/ A. - Tel. 02.9090117

www.iisbellisario.edu.it - E-mail: [miis061003@istruzione.it](mailto:miis061003@istruzione.it) - [miis061003@pec.istruzione.it](mailto:miis061003@pec.istruzione.it)



Circolare N.55

Inzago 8/10/2021

Destinatari	<input checked="" type="checkbox"/>	Personale docente (albo)	e p.c.	<input checked="" type="checkbox"/>	DS
	<input checked="" type="checkbox"/>	Personale docente preposto (con firma)		<input checked="" type="checkbox"/>	DSGA
	<input checked="" type="checkbox"/>	Personale ATA (Albo)		<input checked="" type="checkbox"/>	RSU e TAS
	<input checked="" type="checkbox"/>	Personale ATA preposto		<input checked="" type="checkbox"/>	RLS
	<input checked="" type="checkbox"/>	Studentesse e Studenti		<input checked="" type="checkbox"/>	RSPP
	<input checked="" type="checkbox"/>	Genitori - Responsabili		<input checked="" type="checkbox"/>	ASPP
	<input checked="" type="checkbox"/>	Personale docente (albo)		<input checked="" type="checkbox"/>	Presidenza Cdl
	<input checked="" type="checkbox"/>	Sito Web (albo) <input type="checkbox"/> Area Riservata		<input checked="" type="checkbox"/>	Presidenza CG Presidenza CS

**Oggetto: Progetto SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO presso le sedi di Inzago e Trezzo**

Si comunica che da giovedì 14 ottobre 2021 sarà attivo lo sportello di consulenza e supporto psicologico per le/gli studentesse/i, tenuto dalla dott.ssa Menichini, sia della sede di Inzago che della sede di Trezzo.

**LO SPORTELLO SARÀ ATTIVO OGNI GIOVEDÌ DALLE ORE 9,30 ALLE 14,30.**

Per l'accesso da parte degli studenti/esse è richiesta la prenotazione tramite email istituzionale a: [psicologa@iisbellisario.edu.it](mailto:psicologa@iisbellisario.edu.it);

Nella sede di Inzago, lo sportello si terrà nell'auletta arcobaleno-sostegno del 2° piano dell'Edificio moderno. In tale giornata l'aula non sarà dunque a disposizione per altre attività.

Si pregano tutti i genitori di studentesse/i minorenni di firmare **L'AUTORIZZAZIONE** all'eventuale fruizione del servizio sul modulo allegato.

In assenza di AUTORIZZAZIONE, non si potrà utilizzare il servizio anche se richiesto.

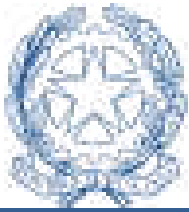
Le autorizzazioni saranno consegnate dagli alunni alle coordinatrici/ori di classe che provvederanno a depositarle poi in Vicepresidenza.

Si ringrazia per la collaborazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Gustavo Matassa

*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3, comma 2, d.lgs. 39/93)*



**ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE  
" Marisa Bellisario "**

*Corsi diurni e serali*

**Strada Statale Padana Superiore, 24 - 20065 INZAGO**

Tel. 02.9549502 – Cod. Fisc.: 91517590153 – Cod.Univoco: UF43L0

Sede Coordinata Via E. Curiel, 4- 20056 TREZZO S/ A. - Tel. 02.9090117

www.iisbellisario.edu.it - E-mail: [miis061003@istruzione.it](mailto:miis061003@istruzione.it) - [miis061003@pec.istruzione.it](mailto:miis061003@pec.istruzione.it)



**CONSENSO INFORMATO PARTECIPAZIONE E TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

**AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E D.LGS. 101/2018**

**SUPPORTO PSICOLOGICO A DISTANZA – Informativa e Consenso Per Genitori (o alunni maggiorenni)**

Il sottoscritto genitore/tutore /alunno/a maggiorenne

\_\_\_\_\_ , nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore/tutore \_\_\_\_\_ , nato

il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Viene I

nformati sulle attività e finalità del supporto Psicologico a distanza istituito presso l'Istituto Marisa Bellisario rivolto ad alunni, genitori e docenti.

Il suddetto servizio è curato - per conto e a onere dell'Istituzione - dalla Dottoressa **Mirella Menichini**, professionista iscritta all'Ordine dei Psicologi e Psicoterapeuti della Lombardia.

In ottemperanza

Per prestazioni rivolte a **minori di 18 anni**, il consenso informato è sempre richiesto **ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale**, *In caso di firma di un singolo genitore, lo stesso attesta il possesso dell'autorizzazione da parte dell'altro.*

Con la sottoscrizione della presente si dichiara:

- di essere a conoscenza delle attività previste, nel corrente anno scolastico 2021-22 presso l'Istituto frequentato dall'alunno, nell'ambito del Progetto SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO
- di aver preso visione della informativa predisposta dalla scuola per illustrare le attività previste all'interno del progetto anche per gli aspetti relativi al trattamento di dati personali
- di essere consapevoli che i dati personali raccolti nell'ambito del progetto potranno essere utilizzati, rielaborati statisticamente ed in forma anonima, solo ed esclusivamente ai fini del presente progetto.
- avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, esprimono il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679.

Si esprime inoltre il consenso a partecipare alle attività, anche individuali, programmate all'interno del progetto SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del genitore 1 ( o alunna/o maggiorenne)

\_\_\_\_\_

Firma del genitore 2 \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI**

Autorizzo il trattamento dei dati personali necessari alla partecipazione al progetto secondo le modalità specificate nell'informativa redatta dalla scuola e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs.n. 101/2018.

Firma del genitore 1 ( o alunna/o maggiorenne)

\_\_\_\_\_

Firma del genitore 2 \_\_\_\_\_