



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 - miis061003@pec.istruzione.it



Circolare N. 73

Inzago 28/10/2022

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 checked="" type="checkbox"/>	Presidenza CG Presidenza CS
				<input checked="" type="checkbox"/>	Presidenza Cdl

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

Si comunica che **da giovedì 10 novembre 2022** per le studentesse e per gli studenti sarà attivo lo sportello di consulenza e di supporto psicologico, tenuto dalla dott.ssa Menichini, sia per la sede di Inzago sia per la sede di Trezzo.

LO SPORTELLO SARÀ ATTIVO:

A INZAGO OGNI GIOVEDÌ DALLE ORE 9,30 ALLE 14,30 (FATTA ECCEZIONE DELL'ULTIMO GIOVEDÌ DEL MESE)

A TREZZO L'ULTIMO GIOVEDÌ DEL MESE DALLE ORE 9,30 ALLE 14,30

Per l'accesso da parte delle studentesse e degli studenti è richiesta la prenotazione tramite email istituzionale a: psicologa@iisbellisario.edu.it

Per la sede di Inzago, lo sportello si svolgerà nell'auletta arcobaleno sita al secondo piano dell'Edificio moderno che il giovedì non sarà pertanto a disposizione per altre attività.

Si pregano tutti i genitori delle studentesse e degli studenti minorenni di firmare l'**AUTORIZZAZIONE** all'eventuale fruizione del servizio come da modulo allegato.

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

Le autorizzazioni dovranno essere consegnate alle/ai coordinatrici/ori di classe che provvederanno a depositarle in Vicepresidenza per la sede di Inzago, presso i Referenti di Plesso per la sede di Trezzo.

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 - 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 – CONSENSO DEI GENITORI/TUTORI

Il sottoscritto genitore/tutore _____ 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'alunna/o _____ nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo _____ telefono _____ email _____

Vengono informati sulle attività e finalità del supporto Psicologico istituito presso l'Istituto Marisa Bellisario rivolto ad alunne/i, genitori e docenti.

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

I colloqui saranno effettuati tramite consulenza in presenza, in modalità telematica o telefonica solo se preventivamente concordata tramite email o secondo accordo diretto con la Psicologa. Per prestazioni rivolte a **minori di 18 anni**, il consenso informato è sempre richiesto a **entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale** secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.

Con la sottoscrizione della presente i genitori/tutori dichiarano:

- di essere a conoscenza delle attività previste nel corrente anno scolastico 2022-23 presso l'Istituto frequentato dall'alunna/o, 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.**
- esprimono il consenso a far partecipare la/il figlia/o alle attività programmate all'interno del progetto SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO, ivi compresi i colloqui individuali con la dr.ssa Menichini.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____

Firma del genitore _____

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 _____

Firma del genitore _____