



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "Luigi Nono"
Scuole dell'infanzia - Scuole primarie - Scuole secondarie I grado
Via E. Toti, 37 - 30034 Mira (VE) tel 041.420355
e-mail: VEIC868002@istruzione.it – posta certificata: VEIC868002@pec.istruzione.it
Cod. Scuola VEIC868002 – Codice Fiscale 90164460272 – Codice Univoco Fatturazione UF15TU
Sito web: www.icluiginono.edu.it

INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO a.s. 2024-25

Si comunica che il **dott. Alessandro Polo** collaborerà con il nostro Istituto in qualità di psicologo nella gestione dello “**Sportello di Ascolto e Consulenza Psicologica**”, rivolto agli **alunni della Scuola secondaria di primo grado, ai genitori e al personale scolastico**. Si tratta di uno spazio dedicato a coloro che desiderano confrontarsi su diverse tematiche legate al contesto scolastico, come ad esempio le relazioni con i compagni e/o i docenti, il rapporto figli-genitori, la motivazione allo studio e le svariate problematiche che possono provocare ansia e smarrimento in questo periodo storico.

Lo sportello si propone inoltre di **sostenere la genitorialità e collaborare con le famiglie per la prevenzione del disagio e dell'abbandono scolastico**, al fine di promuovere negli studenti la motivazione allo studio e la fiducia in sé stessi.

L'accesso al servizio è **GRATUITO** e avviene unicamente **SU PRENOTAZIONE**, secondo le seguenti modalità:

- scrivendo alla mail spazioascolto@luiginono.edu.it richiedendo un appuntamento con lo psicologo, il quale ricontatterà i richiedenti (genitori e personale scolastico) per concordare orario e sede del colloquio.
- compilando un tagliandino (modalità valida solo per gli studenti) dove gli alunni indicheranno nome e cognome, classe di appartenenza, data e motivo della richiesta e inserendolo in apposite cassette presenti in entrambi le sedi della Scuola secondaria di 1° grado.

Affinché gli alunni possano accedere al servizio, **è necessario il consenso di entrambi i genitori**: a tal fine, Vi chiediamo di **compilare e di restituire ai docenti coordinatori il tagliando riportato al termine della presente comunicazione**. Qualora entrambi i genitori, o anche uno solo di loro, neghino il consenso all'accesso allo sportello, i loro figli non potranno essere ricevuti, senza alcuna eccezione.

Le attività legate allo “Sportello di Ascolto” seguiranno il calendario allegato. Lo psicologo, in accordo con gli insegnanti, riceverà l'alunno durante l'orario scolastico nei giorni previsti dal servizio; il colloquio verrà svolto nella massima riservatezza e nel rispetto della privacy e avrà una durata indicativa di circa 20-30 minuti. Si precisa infine che il servizio non ha fini psicoterapeutici.

Il dott. **Alessandro Polo**, psicologo psicoterapeuta iscritto all'Ordine degli Psicologi del Veneto con il n.8749, è il titolare del trattamento dei dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di contratto. Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologiveneto.it.

Al fine di permettere agli alunni di accedere allo sportello, si invitano i genitori dei medesimi a leggere l'informativa e a **compilare la liberatoria di seguito riportata**.



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO "Luigi Nono"

Scuole dell'infanzia - Scuole primarie - Scuole secondarie I grado

Via E. Toti, 37 - 30034 Mira (VE) tel 041.420355

e-mail: VEIC868002@istruzione.it – posta certificata: VEIC868002@pec.istruzione.it

Cod. Scuola VEIC868002 – Codice Fiscale 90164460272 – Codice Univoco Fatturazione UF15TU

Sito web: www.icluiginono.edu.it

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra..... madre del
minorenne.....

nata a

il ____/____/____ e residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Alessandro Polo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig..... padre del
minorenne.....

nato a

il ____/____/____ e residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Alessandro Polo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.
nata/o a il ____/____/____

Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante, data e numero)

residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Alessandro Polo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore