



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz"

Via Giovanni XXIII, 6 ~ 20821 Meda (MB)

Infanzia Polo: MBAA85901L ~ Primaria Polo: MBEE85901T

Primaria A. Diaz: MBEE85902V ~ Secondaria di 1° Grado A. Frank: MBMM85901R

Tel. 0362 70960 - 70411 ~ Fax 0362 333962

PEO: MBIC85900Q@istruzione.it PEC: MBIC85900Q@pec.istruzione.it Sito web: www.icdiazmeda.edu.it

Codice Univoco Ufficio: UFMVVJ ~ Codice Fiscale: 91074020156 ~ Codice Meccanografico: MBIC85900Q

Cambridge English Exam Preparation Centre



## SCHEMA DI INFORMATIVA PER SPORTELLO D'ASCOLTO: CONSENSO GENITORE E ALUNNO/A

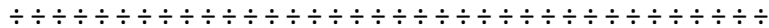
Lo Spazio d'Ascolto nasce dall'attenzione che l'Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz" rivolge nel promuovere e supportare il benessere psico-fisico del minore.

Lo Spazio d'Ascolto è concepito quale momento di colloquio individuali; è rivolto ai minori frequentanti il **TERZO** anno delle scuole Secondarie di primo Grado. È condotto dalla Psicologa, **dott.ssa Paola Trabattoni**, con l'obiettivo di affiancare il minore in questa delicata fase evolutiva.

Lo spazio si prefigge anche l'obiettivo di accompagnare il minore in un periodo storico complesso: le *difficoltà*, i *limiti*, le *restrizioni*, le *paure* e le *preoccupazioni* dovute alla pandemia COVID-19.

### TEMPI E MODALITA':

i colloqui avranno durata di 45 minuti **solo su Prenotazione.**



## CONSENSO GENITORI

Il/i sottoscritto/i

COGNOME E NOME DEI GENITORI: \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME DEL MINORE: \_\_\_\_\_

ACCETTO

RIFIUTO

Accettando il servizio offerto dalla dott.ssa Paola Trabattoni, Psicologa è informato sui seguenti punti:

- che la prestazione che verrà offerta è una consulenza psicologica finalizzata a potenziare il benessere psicologico;
- il trattamento dei dati da me forniti sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento è la dr.ssa Trabattoni Paola;
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi.

## **FIRMA DEI GENITORI:**

---

Accanto al consenso del genitore verrà preservata la libera scelta del ragazzo/a.

Quindi il minore, non appena dispone del consenso informato sopracitato del genitore, potrà presentare la propria richiesta di adesione allo sportello compilando l'apposito modulo e inserendolo nella cassetta della posta insieme al consenso del genitore.

Si comunica che non verranno accolte richieste che non comprendano entrambi i consensi, del genitore e del minore interessato.

## **LIBERO CONSENSO MINORE:**

Cognome e Nome dello studente: \_\_\_\_\_

Classe: \_\_\_\_\_ Sezione: \_\_\_\_\_

## **FIRMA PER CONSENSO:**

---