

I.C.S. - "SANDRO PERTINI"-VERNIO
Prot. 0001143 del 30/01/2026
IV (Entrata)

Alle/Ai Docenti

Ai genitori

Al sito web dell'Istituto

Agli Atti

Oggetto: Sportello di Ascolto Psicologico per le classi I, II e III della scuola secondaria di I grado, per la scuola primaria, la scuola dell'infanzia e per genitori e docenti dell'Istituto - Modalità di prenotazione.

Facendo seguito alla circolare numero, di seguito si riportano dettagli informativi per lo SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO.

Date in cui sarà attivo il servizio:

Dal mese di Febbraio 2026 al mese di Maggio 2026.

Colloqui con la Psicologa:

- Ogni colloquio avrà la durata di **30 minuti**.
- Possono richiedere appuntamento: alunni della secondaria di I grado, personale ATA dell'Istituto, docenti e genitori di ogni ordine e grado secondo le modalità di prenotazione di seguito indicate:
 - Gli incontri non seguiranno un calendario fisso, ma verranno organizzati in modo flessibile sulla base delle richieste pervenute e in accordo con la psicologa, che ne valuterà la necessità, anche per eventuali incontri successivi al primo.
 - Per **infanzia e primaria**, gli incontri, in generale, saranno riservati ai genitori, vista l'età degli studenti, con o senza gli insegnanti, a seconda dei casi. Solo in casi specifici, o qualora i genitori e/o i docenti ne facciano esplicita richiesta, potranno essere previsti incontri rivolti anche agli studenti. L'incontro comunque sarà valutato singolarmente e con la guida della psicologa, una volta esposto il caso.

Luogo:

Gli incontri in presenza si svolgeranno presso la **scuola secondaria**, in un'aula dedicata per garantire privacy e un ambiente confortevole, predisposta per docenti, genitori, personale ATA e, nei casi previsti, per gli alunni. Per tutti coloro che avranno difficoltà a raggiungere il plesso, è attiva la modalità online così da agevolare gli spostamenti e garantire l'accesso alle famiglie e al personale, anche se è consigliabile sempre l'incontro in presenza. Soluzioni organizzative alternative potranno essere valutate in caso alle specificità che verranno segnalate.

Modalità online:

Per ogni appuntamento online verrà generato un link personale.



Modalità di prenotazione:

Gli appuntamenti saranno gestiti dalla docente referente **Prof.ssa Simona Genua** e potranno essere richiesti tramite:

- email: simona.genua@pertinivernio.edu.it
- per la secondaria, anche tramite "La Scatola dell'ascolto" posta all'ingresso, indicando nome, cognome e classe.

Sarà cura della docente informare sull'orario e la data dell'incontro garantendo, anche in questo caso, la privacy.

Per i maggiorenni che richiederanno l'incontro sarà necessario firmare l'apposito consenso informato anche al momento dell'incontro. Per i minori, la modulistica dovrà essere compilata e firmata da entrambi i genitori. Senza, non potrà essere svolto l'incontro con la Psicologa.

Si allega modulistica per il consenso alla partecipazione.

Si garantisce la massima riservatezza nel trattamento dei dati personali e delle informazioni condivise, nel pieno rispetto della normativa vigente.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Marcella Panariello

*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.LGS N. 39/1993)*



**Modulo per il consenso informato
alla prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18**

La sottoscritta _____

_____ ,
nata a _____ il _____

_____ ,
residente a _____, in via _____

_____ ,
codice fiscale _____

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della madre.]

Il sottoscritto _____

_____ ,
nata a _____ il _____

_____ ,
residente a _____, in via _____

_____ ,
codice fiscale _____

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]

Visto e compreso tutto quanto indicato nella circolare allegata, nell'esercizio della
responsabilità _____ genitoriale _____ sulla/sul _____ minore

nata/o _____ a _____ il _____
_____ residente _____ a _____
_____ in _____ via _____

_____ ,
codice fiscale _____ *(indicare i dati del minore)*

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a
fini e modalità della stessa, esprimono il proprio libero consenso, barrando la casella di
seguito, alla prestazione descritta nella circolare;

☐ FORNISCE IL CONSENSO

accettiamo che nostro/a figlio/a fruisca della prestazione concordata con la dr.ssa Alessia
Facchini, quale esperto incaricato nella gestione dello sportello di ascolto psicologico
scolastico di questo Istituto, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Toscana al numero
4189.

Luogo e Data
genitoriale*

Firma (leggibile) di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà



* Alla luce del codice civile e della normativa vigente in materia di filiazione, la richiesta di autorizzazione a qualsiasi attività aggiuntiva della scuola, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la decisione sia stata condivisa.

Firma genitore _____



**Modulo per il consenso informato alla prestazione professionale psicologica
rivolta a minori di anni 18 in sede di sportello di ascolto scolastico**

La
sottoscritta _____

_____,

nata _____ a _____ il
_____,

residente _____ a _____, in _____ via

codice fiscale _____

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della madre.]

il
sottoscritto _____

_____,

nato _____ a _____ il

residente _____ a _____, in _____ via

codice fiscale _____

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]

affidandosi alla dott.ssa FACCHINI ALESSIA dell'Associazione Cieli Aperti-APS, quale esperto
incaricato nella gestione dello sportello di ascolto psicologico scolastico di questo Istituto:

Sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- *di seguito C.D.*, nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.
2. la prestazione offerta consiste in colloqui di supporto e consulenza psicologica, occasionali e non continuativi.
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto non caratterizzata da una presa in carico, terapia, né da valutazione psicologica;
4. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone e/o gruppi. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (*art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018*);

5. Il soggetto interessato e la professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano 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.
2. La Dott.ssa Facchini è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici e di contatto – informazioni relative al nome, indirizzo PEO, e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
 - b. dati relativi allo stato di salute: i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale (o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di supporto psicologico e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i **dati personali**.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l'insieme dei **dati professionali**, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal C.D.;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente, ovvero dal suo genitore / tutore legale, e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente, ovvero dal suo genitore / tutore legale, allo psicologo.
4. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
1. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
5. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**.
6. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:
 - a. dati anagrafici e di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi fino al termine dell'anno scolastico in corso;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie



dello stesso e comunque per un periodo massimo non eccedente la durata dell'anno scolastico in corso.

7. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso.
8. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
9. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i **diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR D.Lgs. 101/2018**. Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.
10. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati, ovvero il Dirigente Scolastico, _____, via _____, CAP Vernio ;
TELEFONO – PEO: _____ – PEC: _____.
Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771 PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, nell'esercizio della responsabilità genitoriale _____ sulla/sul _____ minore

nata/o _____ a _____ il
_____ residente a _____ in via _____

codice fiscale _____ *(indicare i dati del minore)*

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

accettiamo che nostro/a figlio/a fruisca della prestazione concordata con la dr.ssa Alessia Facchini iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Toscana al numero 4189.



Luogo e Data
potestà genitoriale*

Firma (leggibile) di entrambi i genitori o di chi esercita la

* Alla luce del codice civile e della normativa vigente in materia di filiazione, la richiesta di autorizzazione a qualsiasi attività aggiuntiva della scuola, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la decisione sia stata condivisa.

Firma genitore _____



**Modulo per il consenso informato alla prestazione professionale psicologica rivolta agli
adulti**

Il/La
sottoscritto/a _____

_____,

nato/a a _____ il

_____ ,

residente a _____, in via

_____ ,

codice fiscale _____,

in qualità di:

☐ DOCENTE presso

(Indicare l'ordine e il nome della scuola)

☐ GENITORE di un alunno della scuola

(Indicare l'ordine e il nome della scuola)

affidandosi alla dott.ssa FACCHINI ALESSIA, quale esperto incaricato nella gestione dello sportello di ascolto psicologico scolastico di questo Istituto:

E' informato/a sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- *di seguito C.D.*
2. la prestazione offerta consiste in colloqui di supporto e consulenza psicologica, occasionali e non continuativi.
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto non caratterizzata da una presa in carico, terapia, né da valutazione psicologica;
4. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone e/o gruppi. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (*art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018*);
5. Il soggetto interessato e la professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.

È informata/o sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano 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.
2. La Dott.ssa Facchini è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici e di contatto – informazioni relative al nome, indirizzo PEO, e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
 - b. dati relativi allo stato di salute: i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale (o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di supporto psicologico e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i **dati personali**.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l'insieme dei **dati professionali**, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal C.D.;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente, ovvero dal suo genitore / tutore legale, e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente, ovvero dal suo genitore / tutore legale, allo psicologo.
4. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
5. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
6. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**.
7. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:
 - a. dati anagrafici e di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi fino al termine dell'anno scolastico in corso;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dello stesso e comunque per un periodo massimo non eccedente la durata dell'anno scolastico in corso.
8. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso.
9. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.



10. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i **diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs. 101/2018**. Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.
11. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati, ovvero il Dirigente Scolastico, _____, via _____, Cap Vernio; TELEFONO – PEO: _____ – PEC: _____. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771 PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it .

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

Accetto di fruire della prestazione concordata con la dr.ssa Alessia Facchini iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Toscana al numero 4189.

Luogo e Data

Firma (leggibile)

* Alla luce del codice civile e della normativa vigente in materia di filiazione, la richiesta di autorizzazione a qualsiasi attività aggiuntiva della scuola, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la decisione sia stata condivisa.

Firma genitore _____