



ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO "BALILLA PAGANELLI"

Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado
Metodo Montessori - Scuola Senza Zaino - Cl@ssi 2.0

Via Friuli, 18 - 20092 - Cinisello Balsamo (MI) - Tel. 02 66047583 - 02 66047832

C.M.: MIIC82500Q - C.F.: 85007770150

e-mail istituzionale: miic82500q@istruzione.it - PEC: miic82500q@pec.istruzione.it



COS'E' LO SPAZIO DI ASCOLTO

Anche quest'anno l'Istituto Comprensivo Balilla Paganelli aderisce al Progetto COMPASS della Cooperativa Mosaico di Cinisello Balsamo: **da ottobre 2025 fino a maggio 2026** sarà attivo lo **Spazio di Ascolto**, ideato come risorsa operante in sinergia con la Scuola, che prevedrà la possibilità di svolgere colloqui psicologici con una professionista.

Tale servizio sarà rivolto a* alunni* della scuola Secondaria con l'obiettivo di offrire uno spazio di riflessione, condivisione e supporto in questa delicata fase di crescita in cui il dialogo con la famiglia si fa più sporadico e talvolta difficile.

Inoltre, lo Spazio di Ascolto sarà accessibile anche ai genitori e al personale scolastico di tutto l'Istituto Comprensivo, individualmente o in gruppo, offrendo la possibilità di richiedere una consulenza gratuita rispetto a eventuali difficoltà riguardanti i/le ragazzi/ o a fatiche strettamente personali.

Si specifica che il servizio non è da intendersi come percorso "terapeutico", ma piuttosto come uno spazio dove portare dubbi, pensieri e domande per ricevere un primo rimando da personale qualificato e, qualora se ne valutasse la necessità, ottenere indicazioni dettagliate per l'utilizzo di Servizi specifici presenti sul territorio.

CONSENSO INFORMATO RELATIVO ALLO SPAZIO DI ASCOLTO

Mosaico Coop.Soc. a r.l. – onlus con sede in Via Verdi, 1 a Cinisello Balsamo (MI)

e-mail: compass.mosaico@gmail.com,

attesta che le prestazioni rese presso l'Istituto Comprensivo Balilla Paganelli sono eseguite direttamente da personale qualificato (psicologi con specifico titolo di studio e iscritti all'Albo degli Psicologi) e fornisce le seguenti informazioni in merito alle attività dello Spazio di Ascolto:

Tipologia d'intervento e obiettivi principali

Lo Spazio di Ascolto rappresenta uno spazio di informazione, sostegno, consulenza, assistenza psicologica per accogliere e supportare studenti, genitori/tutori e personale scolastico nel prevenire e nell'affrontare il disagio e potenziare le risorse disponibili.

Si vuole sottolineare il carattere di assoluta riservatezza degli interventi, in quanto i contenuti di ogni colloquio sono strettamente coperti dal segreto professionale (Art. 11 del "Codice Deontologico degli psicologi italiani").

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo sportello d'ascolto psicologico, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Modalità organizzative

● **PER I RAGAZZI della Secondaria**, i colloqui si svolgeranno a scuola, in un'aula dedicata, durante le ore di lezione. Per richiedere un appuntamento bisognerà inserire un foglietto con scritto nome, cognome e classe nell'apposita cassetta dello Spazio di Ascolto.

● **PER GENITORI e DOCENTI di tutto l'Istituto Comprensivo -dall'Infanzia alla Secondaria-**, i colloqui si svolgeranno on-line (per un massimo di 4). Le richieste saranno prese in considerazione seguendo una lista d'attesa.

Per l'accesso al servizio da parte de* student* è condizione necessaria la compilazione del modulo di consenso informato da parte di **entrambi i genitori/tutori.**

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

AUTORIZZAZIONE ALLO SPAZIO DI ASCOLTO (da riconsegnare al coordinatore di classe)

La seguente dichiarazione si intende valida per l'a.s. 2025/26 e confermata tacitamente per tutto il periodo di iscrizione dell'alunn* presso la scuola secondaria di questo Istituto, salvo richiesta di annullamento, che potrà essere presentata in qualunque momento tramite l'indirizzo email: compass.mosaico@gmail.com

Il/la Sig./Sig.ra _____ padre/madre del minore _____

nata a _____ il ____/____/____

e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

indirizzo mail e/o numero di telefono _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato nel "Consenso informato relativo allo Spazio di Ascolto", anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di

☐ prestare

☐ non prestare

il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dai professionisti della Mosaico Coop.Soc. a r.l. presso lo Spazio di Ascolto e/o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma _____

Il/la Sig./Sig.ra _____ padre/madre del minore _____

nato a _____ il ____/____/____

e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

indirizzo mail e/o numero di telefono _____

dichiara di aver compreso quanto illustrato nel "Consenso informato relativo allo Spazio di Ascolto", anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di

☐ prestare

☐ non prestare

il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dai professionisti della Mosaico Coop.Soc. a r.l. presso lo Spazio di Ascolto e/o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma _____

PERSONE SOTTO TUTELA

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

Tutore del minore _____ in ragione di

_____ *(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)*

residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

indirizzo mail e/o numero di telefono _____

dichiara di aver compreso quanto nel "Consenso informato relativo allo Spazio di Ascolto", anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di

☐ prestare

☐ non prestare

il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali dai professionisti della Mosaico Coop.Soc. a r.l. presso lo Spazio di ascolto e/o mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

I dati forniti saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 che prevede e rafforza 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. Qualunque argomento o informazione raccolta resterà riservata e non verrà comunicata se non per le finalità sopra dichiarate oltre che per adempiere a precisi obblighi di Legge.

Il titolare del trattamento è il Dirigente scolastico che si occuperà della loro conservazione con procedure idonee a tutelarne la riservatezza. I dati raccolti verranno **conservati solo per il tempo necessario** allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo minimo di **3 anni, dopodiché verranno distrutti in modo sicuro**. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Si ha altresì diritto di recedere al presente consenso in qualsiasi momento, previa richiesta scritta al Titolare del trattamento stesso.