

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



ISTITUTO COMPRENSIVO DARSENA LUIC83900E

VIA E. MENINI – 55049 VIAREGGIO TEL. 0584392330

e mail LUIC83900E@istruzione.it C.F. 91031690463

CIRC. N.87

Alle famiglie
Ai Docenti
Al Personale ATA
IC Darsena

Viareggio, 13 novembre 2025

Oggetto: Sportello d'ascolto

Si comunica che a partire da martedì 18 novembre 2025 sarà attivo lo sportello d'ascolto dedicato a tutti gli alunni e al personale dell'Istituto.

Lo sportello è finalizzato a migliorare il benessere degli utenti scolastici, prevenendo situazioni di disagio e dispersione scolastica e a potenziare negli insegnanti le competenze necessarie a far fronte a tutte le problematiche relazionali e di gestione delle situazioni difficili.

Sarà gestito dalla Dott.ssa Serena Burchielli, psicologa iscritta all'Albo, che riceverà in uno spazio dedicato presso la Scuola Secondaria di I grado E. Jenco, tutti i martedì dalle ore 9.00 alle ore 11.00

Chiediamo alle famiglie interessate di compilare i moduli in allegato e consegnarli al coordinatore di classe per permettere ai propri figli di parlare con la Dottoressa in autonomia.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Barbara Caterini





CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE PER INTERVENTI CON MINORI

In riferimento alle attività del servizio psicologico che si svolgeranno nell'Istituto Comprensivo Darsena e affidato alla Dott.ssa Serena Burchielli, psicologa psicoterapeuta, specializzata in Psicoterapia sistemico-relazione, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana con il n° 3278, si precisa:

- la psicologa è strettamente tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi italiani;
- la prestazione offerta riguarda consulenza psicologica ed è finalizzata ad attività di sostegno in ambito psicologico (art.1 della legge n.56/1989) che può riguardare il benessere psicologico, il sostegno della crescita e maturazione personale, il sostegno emotivo-affettivo nelle sue relazioni interpersonali, l'orientamento nelle tematiche relative all'educazione alla salute, la prevenzione di comportamenti a rischio;
- per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio clinico;
- il numero degli incontri con l'alunno minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 4 (salvo eccezioni particolari);
- la psicologa è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

I sottoscritti, COGNOME E NOME PADRE/tutore legale _____ e COGNOME E NOME MADRE/tutore legale _____ in qualità di esercente la potestà genitoriale/tutoria sul minore _____ che frequenta la classe _____ sez _____ Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado dell'Istituto Comprensivo Statale Darsena di Viareggio.

☐ AUTORIZZANO ☐ NON AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a rivolgersi allo sportello d'ascolto psicologico nel caso lo desideri.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori.

Data, _____

firma del padre/tutore legale _____

firma della madre/tutore legale _____



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Artt. 13 e 14 REG. UE 2016/679)

La Dott.ssa Serena Burchielli in qualità di titolare del trattamento dei dati personali del minore, presterà particolare attenzione alla tutela della riservatezza del minore. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e 14 REG. UE 2016/679. I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da forniti dal minore o raccolti nel corso dell'incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrà a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei diritti del minore, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla riservatezza del minore, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

Si informa che i dati sensibili verranno trattati esclusivamente ai fini previsti e nell'interesse e nella tutela del minore. I dati forniti sono direttamente connessi allo svolgimento delle prestazioni di ascolto e consulenza psicologica erogate presso la Scuola nei confronti di minori che frequentano la stessa. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fornitura della prestazione. L'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità per la Dott.ssa Serena Burchielli di prestare il servizio di Sportello Scolastico al minore.

Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi e si sviluppa in una consulenza psicologica breve (un massimo di quattro colloqui). Il trattamento dei dati del minore potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei, in particolare lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico. I dati raccolti negli appunti saranno conservati con modalità protetta per finalità di prova dell'avvenuta prestazione, per valutazione della stessa nonché per essere eventualmente in un futuro comparati con altri dati riferibili al minore, sempre per scopi professionali. Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale di (counseling) consulenza psicologica, finalizzata al conseguimento di una valutazione e intervento per potenziare il benessere psicologico tramite strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e di sostegno in ambito psicologico.

I sottoscritti, COGNOME E NOME PADRE _____ e COGNOME E NOME MADRE _____ genitori del minore _____ che frequenta la classe _____ sez _____ Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado dell'Istituto Comprensivo Statale Darsena di Viareggio, avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato per il 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.

☐ ACCONSENTONO ☐ NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore) _____ necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Il presente modulo deve essere firmato da ENTRAMBI i genitori/tutori legali.

Data, _____

FIRMA PADRE/ tutore legale _____

FIRMA MADRE/tutore legale _____