



FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziata
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Istituto comprensivo "Arbe - Zara"

Viale Zara n. 96 (via Arbe, 21) - 20125 MILANO
C.F. 80124730153 – Cod. Mecc. MIIC8DG00L
Milano 02/88467600

Sito Istituto: www.icarbezara.edu.it - istituzionale:

MIIC8DG00L@istruzione.it posta certificata:

MIIC8DG00L@pec.istruzione.it

Codice univoco per fatturazione elettronica **UF58DE**

Circolare n. 167

Protocollo e data come da segnaturo

Ai genitori \tutori
Ic Arbe Zara
Ai docenti
e p. c. al personale ATA
Agli atti
Al sito

Oggetto: Avvio sportello psicologico

Si comunica che da **giorno 13 Febbraio 2026**, verrà avviato lo sportello psicologico tenuto dalla Dott.ssa Italiano Antonia.

Lo sportello è uno spazio di ascolto e supporto pensato per garantire a tutti i partecipanti del mondo scolastico (studenti, genitori ed insegnanti) l'opportunità di usufruire gratuitamente della consulenza psicologica all'interno dell'Istituto.

Lo Sportello Psicologico sarà attivo ogni venerdì mattina, previo appuntamento, secondo il calendario in allegato.

Le modalità d'accesso sono le seguenti:

- **Per gli studenti:** per prenotarsi è necessario inserire un bigliettino con NOME, COGNOME E CLASSE all'interno della scatola che si trova sempre a disposizione sul tavolo in corridoio.

Per accedere al servizio è necessario consegnare alla dott.ssa Italiano al primo accesso, i moduli di consenso informato compilati e firmati da entrambi i genitori o dai tutori dello studente. Non sarà possibile effettuare colloqui con minori senza l'autorizzazione firmata.

- **Per genitori e insegnanti:** per prenotare un colloquio è possibile contattare direttamente la Psicologa, Dott.ssa Antonia Italiano, via e-mail al seguente indirizzo:

sportellopsy.zara@gmail.com



Allegati
Calendario
Consenso informato per minori

Il Dirigente Scolastico
dott.ssa Tiziana Falconetti

Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/19

Calendario

data	Sede via Pianell, 40	Sede via Bottelli,3
Febbraio 2026		
13	h 8.30-9.00 (presentazione sportello alle classi prime)	h 9.30-10.30
27	h 8.30-10.30	
marzo 2026		
6	8.30-10.30	
13		8.30-11.00
20	8.30-10.30	
27		8.30-11.00
Aprile 2026		
10	8.30-10.30	
17		8.30-11.00
24		8.30-11.00
Maggio 2026		
8	8.30-11.00	
15		8.30-11.00
22	8.30-11.00	
29		8.30-11.00



MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO PSICOLOGICO

Lo sportello psicologico è gestito dalla dott.ssa Antonia Italiano, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 03/10899

In riferimento allo Sportello d'ascolto psicologico si informa quanto segue in relazione al

Consenso Informato:

- ° la prestazione è finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti con i pari, con i docenti e i genitori; comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art.1 della L.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico
- ° la psicologa è tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi, in particolare è tenuta al segreto professionale (art.11);
- ° la psicologa può derogare da tale obbligo in base a quanto previsto dagli art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- ° la psicologa si avvale del colloquio clinico, per il conseguimento degli obiettivi ;
- ° la consulenza psicologica non ha carattere terapeutico e il numero degli incontri potrà variare in rapporto alle situazioni ;
- ° la psicologa valuta ed eventualmente fornisce informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 Codice Deontologico degli Psicologi);
- ° per prestazioni rivolte ai minori di anni 18, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale (art.31);

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) E D.Lgs 101/2018

Finalità del trattamento: La informiamo 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 l'Istituto IC ArbeZara di Milano 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 Antonia Italiano di prestare il servizio di Sportello di ascolto al minore. Si precisa che l'accesso al servizio avviene su richiesta spontanea dei ragazzi/e e si sviluppa in una consulenza psicologica breve. I colloqui vengono effettuati in presenza. Se la scuola dovesse tornare in DAD i colloqui verranno erogati in remoto tramite piattaforma della scuola stessa.

Modalità del trattamento: il trattamento dei dati personali potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per l'adempimento delle sopra descritte finalità. Il trattamento dei dati sensibili viene



effettuato direttamente dalla Dott.ssa Antonia Italiano sotto la sua responsabilità, nel rispetto delle norme vigenti, con particolare riferimento agli obblighi del segreto professionale.

Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso: i dati personali potranno così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) essere comunicati/trasferiti a terzi, in adempimento di eventuali obblighi di legge o a tutela dell'esclusivo interesse del soggetto.

Titolare del trattamento è la Dott.ssa Antonia Italiano

Diritti dell'interessato: le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e 24 del D. Lgs. 196/03 così come modificato dal D.lgs.n.101/2018 in merito alla cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati personali registrati.

MINORENNI

La Sig.ra _____ nata a _____

il ___/___/____ residente a _____ in via/piazza _____

n. _____ Tel. _____
in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore _____

che frequenta la classe _____ sez. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Antonia Italiano presso lo Sportello di ascolto dell'Istituto.

Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ nato a _____

Il ___/___/____, residente a _____ in via/piazza _____

n. _____ Tel. _____
in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore _____

che frequenta la classe _____ sez. _____
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati



personali, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Antonia Italiano presso lo Sportello di ascolto dell'Istituto.

Luogo e data _____ Firma del padre

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.

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa _____ presso lo Sportello di ascolto dell'Istituto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

Ai sensi dell'art. 155 del codice civile, poiché anche in caso di affidamento congiunto, le decisioni importanti relative all'istruzione sono assunte di comune accordo, si richiede la firma di entrambi i genitori. Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Firma del genitore _____