



ISTITUTO COMPRENSIVO "T. GROSSI"  
via Monte Velino, 2/4 - 20137 MILANO - tel. 02.88444176 - 0288444172 - fax 0288440185  
Codice Fiscale: 80125490153  
[istitutotommasogrossi@yahoo.it](mailto:istitutotommasogrossi@yahoo.it)  
[www.icgrossimilano.edu.it](http://www.icgrossimilano.edu.it)

Milano, 8 novembre 2023

Circ. 42

- Alle famiglie
- al personale docente  
scuola secondaria  
IC Grossi

**Oggetto: sportello di psicologia scolastica – Spazio Ascolto**

Si comunica che anche quest'anno viene attivato lo sportello di psicologia scolastica.

Lo Sportello di Ascolto Psicologico SPAZIO ASCOLTO viene gestito dal dott. Bonanomi, psicologo scolastico con una lunga esperienza di lavoro nelle scuole.

In questo spazio le ragazze e i ragazzi possono raccontare, liberamente e senza essere giudicati, le proprie esperienze, esprimendo i loro dubbi e parlando delle proprie emozioni. In questo modo possono affrontare le problematiche, piccole o grandi, che possono sorgere nel percorso di crescita. SPAZIO ASCOLTO non è un luogo dove si svolge una terapia, bensì è uno spazio dedicato al sostegno emotivo, tutelato dalla privacy e dalla massima riservatezza. Le ragazze e i ragazzi interessati a un confronto con il dott. Bonanomi possono richiedere un colloquio direttamente a scuola utilizzando l'apposita casella di posta (collocata all'ingresso della scuola).

**E' necessario che i genitori firmino il consenso informato** (allegato alla circolare) per permettere al proprio/a figlio/a di poter usufruire dello Sportello qualora ne avesse bisogno/necessità.

**I colloqui sono gratuiti.**

Il giorno di ricevimento sarà il **lunedì dalle 12 alle 14**, con il seguente calendario:

27 novembre

4 e 18 dicembre

15 – 22 – 29 gennaio

12 e 26 febbraio

11 - 25 marzo

15 - 22 aprile

6 e 20 maggio

La Dirigente Scolastica  
Milena Sozzi

Firma omessa ai sensi art. 3 – D.Lgs. 39/93

**Consenso informato per l'accesso del minore allo Sportello di Ascolto Psicologico a.s. 2023-2024**  
**Scuola Secondaria di primo grado IC TOMMASO GROSSI**

La sottoscritta (nome e cognome madre) \_\_\_\_\_

e il sottoscritto (nome e cognome padre) \_\_\_\_\_

affidandosi al dott. Andrea Bonanomi siamo informati sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza gratuita, finalizzata alla promozione del benessere psicologico e al potenziamento delle risorse personali. Non presenta finalità di tipo terapeutico;
- la frequenza e il numero dei colloqui sarà valutata in base alla problematica psicologica e alla disponibilità di ore a disposizione dell'operatore, con un massimo di 5 incontri per alunno/a;
- in qualsiasi momento il minore potrà interrompere i colloqui;
- lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- il trattamento dei dati avviene secondo procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- lo psicologo valuta ed eventualmente, se richiesto, fornisce allo studente ed alla famiglia le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- il dott. Bonanomi è iscritto all'Albo degli Psicologi della Lombardia con il numero 9138 dal 14/09/2005;
- l'informativa sulla privacy è consultabile e scaricabile dal sito [www.spazioascolto.it](http://www.spazioascolto.it)

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

(nome e cognome figlio/a) \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola Secondaria di I grado,

avendo preso visione del Consenso Informato:

**autorizziamo**

**NON autorizziamo**

**nostro/a figlio/a ad accedere, qualora ne sentisse la necessità, allo Sportello di Ascolto Psicologico**

Luogo e Data \_\_\_\_\_

**Firma della madre** \_\_\_\_\_

**Firma del padre** \_\_\_\_\_

*(Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori)*

**In caso di unica firma:** Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma \_\_\_\_\_

*Da restituire compilato e firmato da entrambi i genitori al/la coordinatore/trice di classe.*