ISTITUTO SUPERIORE "GALILEI-BOCCHIALINI"
Polo Scolastico Agro-Industriale
Presidenza e Amministrazione: via Martiri di Cefalonia, 14 – 43017 San Secondo P.se (PR)
Tel. 0521-871536-871593 C.F. n. 92023930347
www.poloagroindustriale.edu.it pris00200@istruzione.it pris00200q@pec.istruzione.it protocollo@poloagroindustriale.edu.it
Sedi: I.T.I.S. Galilei San Secondo - I.T.A.S. Bocchialini Parma - L.T.O. Food farm 4.0 Fraore Parma – Az. Agraria San Pancrazio Parma

Alle Alunne e Agli Alunni
Ai Genitori e Ai docenti
Al personale ATA
ITAS Bocchialini

Circ. n. 086

Prot. 6958

OGGETTO: **Servizio di Psicologia Scolastica – ITAS Bocchialini**

Si comunica che a partire da **martedì 27/10/2026** verrà organizzato il servizio di psicologia scolastica attraverso la collaborazione con **CASCO LEARNING SOC. COOP. SOCIALE A R.L. – ETS** nella persona della **Dott.ssa Michelle Mazzotti** con l'avvio delle seguenti attività:

- **sportello d'ascolto** rivolto agli alunni (solo dietro liberatoria), ai docenti e ai genitori che ne facciano richiesta;
- **attività di integrazione** in classe per agevolare l'apprendimento, la motivazione allo studio e le relazioni tra i compagni.

Con la presente si richiede la compilazione della liberatoria e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali, senza le quali non sarebbe possibile l'espletamento del suddetto servizio con gli alunni, in quanto minori.
Nella certezza di una condivisa considerazione dell'importanza della qualità della vita scolastica, si rinnova la richiesta di adesione all'iniziativa in oggetto, in atto già da alcuni anni presso l'Istituto.

La sottoscritta Dott.ssa Michelle Mazzotti, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna n.7077 sez.A. (indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria: **mazzottimpsicologa@poloagroindustriale.edu.it**) prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto e attività in classe istituite presso l'Istituto Scolastico ITAS Bocchialini, Viale Piacenza 14, 43126 Parma e sedi periferiche fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni saranno rese in presenza **previa prenotazione** attraverso contatto diretto con la psicologa inviando una mail all'indirizzo: **mazzottimpsicologa@poloagroindustriale.edu.it** presso l'Istituto Scolastico ITAS Bocchialini, Viale Piacenza 14, 43126 Parma e sedi periferiche.

ISTITUTO SUPERIORE "GALILEI-BOCCHIALINI"
Polo Scolastico Agro-Industriale
Presidenza e Amministrazione: via Martiri di Cefalonia, 14 – 43017 San Secondo P.se (PR)
Tel. 0521-871536-871593 C.F. n. 92023930347
www.poloagroindustriale.edu.it pris00200@istruzione.it pris00200q@pec.istruzione.it protocollo@poloagroindustriale.edu.it
Sedi: I.T.I.S. Galilei San Secondo - I.T.A.S. Bocchialini Parma - L.T.O. Food farm 4.0 Fraore Parma – Az. Agraria San Pancrazio Parma

Su richiesta dell'interessato/a, il colloquio potrà avvenire anche online tramite piattaforma Google Meet, dove viene assicurata la massima riservatezza e il pieno rispetto della normativa sulla privacy. La richiesta deve avvenire tramite mail.

- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  a) Tipologia d'intervento: colloquio individuale dedicato ad alunni/ genitori/insegnanti e personale ATA
  b) Modalità organizzative: incontri organizzati presso le sedi dell'istituto
  c) Scopi: fornire un servizio di assistenza psicologica agli alunni e al personale al fine di tutelare il benessere psico-fisico, talvolta minato da situazioni di difficoltà personali, scolastiche o familiari
  d) Durata delle attività: **martedì mattina dalle 8 alle 13 Ottobre 2026 - Maggio 2027**

- Le attività nelle classi saranno organizzate come di seguito:

a) tipologia d'intervento: attività psicoeducative – inclusione e rimotivazione scolastica
b) modalità organizzative: incontri organizzati presso le sedi dell'istituto
c) scopi: agevolare l'apprendimento, la motivazione allo studio e le relazioni tra i compagni per tutelare il benessere dell'individuo
d) durata delle attività: Ottobre 2026- Maggio 2027

- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologier.it
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

Per gli studenti minorenni è necessario che ENTRAMBI i genitori firmino il modulo sotto riportato, esprimendo il proprio libero consenso. Al fine di ridurre lo scambio di materiale cartaceo si invitano le famiglie a:

- scaricare il file e stampare il modulo sottostante (Le famiglie impossibilitate alla stampa del modulo, potranno richiederlo al coordinatore di classe) compilare e firmare il modulo in tutti i suoi campi

ISTITUTO SUPERIORE "GALILEI-BOCCHIALINI"
Polo Scolastico Agro-Industriale
Presidenza e Amministrazione: via Martiri di Cefalonia, 14 – 43017 San Secondo P.se (PR)
Tel. 0521-871536-871593 C.F. n. 92023930347
www.poloagroindustriale.edu.it pris00200@istruzione.it pris00200q@pec.istruzione.it protocollo@poloagroindustriale.edu.it
Sedi: I.T.I.S. Galilei San Secondo - I.T.A.S. Bocchialini Parma - L.T.O. Food farm 4.0 Fraore Parma – Az. Agraria San Pancrazio Parma

-inviare il **modulo compilato** tramite scansione o fotografia, inserendo nell'**oggetto** della mail **COGNOME – NOME - CLASSE DELL'ALUNNO/A**) e rinominando l'allegato con la medesima intestazione all'indirizzo:

mazzottimpsicologa@poloagroindustriale.edu.it

Docente Referente: Elena Rastelli

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Anna Rita Sicuri
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L.39/93

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore _____
nata a _____ il____/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il____/___/_____
e residente a _____ in via/piazza _____n. _____

In qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore _____
nato/a _____ a_____ il _____ residente
in Via _____cap_____
CF_____ frequentante la classe_____

AUTORIZZANO

- l'accesso del proprio figlio/a alle prestazioni professionali dalla Dott.ssa Silvia Botto presso lo **Sportello di ascolto**/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza).*

SI☐NO☐

- la partecipazione del proprio figlio/a agli INTERVENTI PSICOEDUCATIVI IN CLASSE (di prevenzione e potenziamento del benessere attraverso giochi, simulazioni, attivazioni in gruppo, discussioni tematiche, circle-time) con la psicologa dell'Istituto, Dott.ssa Michelle Mazzotti, durante l'orario didattico per l'intero periodo scolastico dal mese di Ottobre 2026 al mese di Maggio 2027.

SI☐NO☐

- lo scambio di informazioni con i docenti ed eventuali ulteriori specialisti e referenti esterni alla scuola per confrontarsi anche su situazioni specifiche.

SI☐NO☐

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

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

☐ **FORNISCE IL CONSENSO**

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, si esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

☐ **FORNISCE IL CONSENSO**

Luogo e data_____

Firma dei genitori
Madre……
Padre ……
Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/
(Firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà /affidatari/ tutor

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. _____nata/o a _____il____/___/_____ residente a _____ in via/piazza _____ n. ___

Tutore del minore _____in ragione di _____ (*indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero*)

nato/a _____ a_____ il _____ residente in Via _____cap_____

CF_____ frequentante la classe_____

AUTORIZZA

- l'accesso del minore alle prestazioni professionali dalla Dott.ssa Silvia Botto presso lo **Sportello di ascolto**/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza).*

SI☐NO☐

- la partecipazione del minore agli **INTERVENTI PSICOEDUCATIVI IN CLASSE** (di prevenzione e potenziamento del benessere attraverso giochi, simulazioni, attivazioni in gruppo, discussioni tematiche, circle-time) con la psicologa dell'Istituto, Dott.ssa Michelle Mazzotti, durante l'orario didattico per l'intero periodo scolastico dal mese di Ottobre 2026 al mese di Maggio 2027.

SI☐NO☐

- lo scambio di informazioni con i docenti ed eventuali ulteriori specialisti e referenti esterni alla scuola per confrontarsi anche su situazioni specifiche.

SI☐NO☐

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

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

☐ **FORNISCE IL CONSENSO**

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, si esprime il proprio libero consenso,barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

☐ **FORNISCE IL CONSENSO**

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore _____
nato/a _____ a_____ il _____ residente in Via _____cap_____
CF_____ frequentante la classe_____

DICHIARA

di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Michelle Mazzotti:

- accesso allo **Sportello di ascolto**/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza).*

SI☐NO☐

- partecipazione agli INTERVENTI PSICOEDUCATIVI IN CLASSE (di prevenzione e potenziamento del benessere attraverso giochi, simulazioni, attivazioni in gruppo, discussioni tematiche, circle-time) con la psicologa dell'Istituto, Dott.ssa Michelle Mazzotti, durante l'orario didattico per l'intero periodo scolastico dal mese di Ottobre 2026 al mese di Maggio 2027.

SI☐NO☐

- lo scambio di informazioni con i docenti ed eventuali ulteriori specialisti e referenti esterni alla scuola per confrontarsi anche su situazioni specifiche.

SI☐NO☐

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

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

□ **FORNISCE IL CONSENSO**

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, si esprime il proprio libero consenso,barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali sopra dichiarati per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

□ **FORNISCE IL CONSENSO**

Luogo e data _____ Firma _____