



Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca

Istituto Istruzione Superiore Statale "L.Cerebotani"

Via G.Galilei, 1 - 25017 Lonato del Garda (BS)

Pec: bsis03300r@pec.istruzione.it e-mail: bsis03300r@istruzione.it

sito

tel: 0309913355 - 0309130420 C.F. 84001580178

Circ. n. 137 del 17/12/2020

Agli studenti e alle studentesse
Ai docenti
Ai genitori
Al sito web
Agli atti

Oggetto : Attivazione Sportello di Ascolto in modalità "a distanza" a.s. 2020/2021

Con la presente si informa che dal giorno **17 Dicembre 2020** si attiverà presso il nostro Istituto il servizio dello **Sportello d'Ascolto "a distanza"** per l'a.s.2020/2021.

Gli interessati dovranno scrivere una mail all'indirizzo spaziodiascolto@cerebotani.it indicando :
Nome, Cognome, numero di telefono al quale vorranno essere contattati ,
Istituto e plesso di appartenenza (sede centrale o sede distaccata) .

A seguito di questa richiesta si verrà ricontattati dalla Dottoressa Boniotti Gabriella mediante una email. La Dottoressa definirà l'orario dell'appuntamento telefonico e sarà la stessa psicologa a videochiamare all'ora e nel giorno stabilito.

Per gli studenti e le studentesse minorenni si rammenta la necessità d' inoltrare l'autorizzazione all'indirizzo sopra riportato in base al consenso per minori art.7 Legge 675/1996 e succ., al fine di poter partecipare allo Spazio di Ascolto in assoluta tutela della privacy (vedasi Allegato)

Inoltre si informa che lo spazio d'Ascolto, in questo periodo di profonda Emergenza ,rimane a disposizione per **tutto il personale docente/ATA** e per **i genitori** che ne ravvedano la necessità come mezzo di supporto individuale totalmente gratuito e con la riservatezza del segreto professionale.

La Referente
Prof.ssa Annarita Carino

Il Dirigente Scolastico

Prof. Vincenzo Falco

Firma autografata sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c.2, D. Lgs. N. 39/1993

CONSENSO PER MINORI ART.7 LEGGE 675/1996 E SUCC.

I sottoscritti genitori del minore _____
acconsentono al trattamento, raccolta, conservazione dei dati personali, tenuto conto
che il personale addetto alla consulenza è tenuto alla assoluta riservatezza e al segreto
professionale.

Sono consapevoli che senza il loro consenso non si potrà dar corso al trattamento di
alcun dato personale.
Inoltre, i sottoscritti

Date di nascita _____

Residenza _____

AUTORIZZANO

L'Operatore Dott.ssa Boniotti Gabriella

a prestare la consulenza professionale con il figlio minore _____

nato a _____ il _____

e a prendere, in caso l'Operatore ne ravveda la necessità, contatti con figure terze
(es: Dirigente Scolastico, docenti di riferimento, servizi del territorio).

Letto quanto sopra i sottoscritti genitori esercenti la responsabilità genitoriale del
minore dichiarano di aver compreso quanto detto e decidono consapevolmente di
prestare il consenso affinché il/la minore usufruisca delle prestazioni professionali di
consulenza così come sopra concordate.

(Firma di entrambi i genitori, un tutore, af-
fidatari)

In fede

Lonato _____