



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE di STATO per i SERVIZI COMMERCIALI – TURISTICI - SOCIALI

L. EINAUDI

Presidenza-Uffici amministrativi Varese, Via Bertolone n.7
Tel. 0332-239209 - Fax 0332 – 830340



Protocollo e data come da segnatura

Agli studenti,
ai genitori/tutori degli studenti,
ai docenti,
alla DSGA,
al personale A.T.A.

Oggetto: Autorizzazioni accesso ai servizi offerti dallo Sportello psicologico a.s. 2025/26

Si comunica che nella nostra scuola per garantire il benessere psicologico degli studenti quest'anno lo sportello psicologico si propone di rispondere più capillarmente alle esigenze di studenti e famiglie, pertanto

Grazie al contributo scolastico versato dalle famiglie sarà attivo da novembre 2025 a giugno 2026 lo sportello di ascolto psicologico, gestito dalla psicologa **dott.ssa Sara Broso**. Tale figura garantirà lo svolgimento dello sportello di ascolto e consulenza per alunni, genitori e personale scolastico e sarà chiamato a svolgere interventi all'interno delle classi qualora ci fosse la necessità di migliorare il clima relazionale.

Grazie alla collaborazione con il Centro Gulliver di Varese, sarà attivo da novembre 2025 a marzo 2026 lo sportello di ascolto psicologico, gestito dalla psicologa **dott.ssa Silvia Bernasconi**. Questa possibilità di ascolto si inserisce all'interno del progetto "Mobilità sicura", promosso dalla Provincia di Varese, e realizzato nella nostra scuola per sensibilizzare i giovani favorendo una maggiore conoscenza e consapevolezza in merito ai principali fattori di rischio dell'incidentalità stradale, con riferimento a incidenti dovuti ad alcol e sostanze stupefacenti.

Attraverso entrambi gli sportelli viene offerto uno spazio sicuro e riservato, dedicato all'ascolto e al supporto psicologico degli studenti, con l'obiettivo principale di promuovere il benessere psicologico e supportare i ragazzi nell'affrontare eventuali difficoltà personali, relazionali o scolastiche.

Si chiede, pertanto, alle famiglie di firmare entrambi i moduli allegati alla presente circolare in modo che le richieste di colloquio possano essere gestite da entrambi i professionisti.

Il servizio sarà attivo a partire dal 14 novembre, i colloqui si svolgeranno il lunedì ed il venerdì dalle 9 alle 13 nella sede in cui frequenta lo studente che farà richiesta di colloquio (via Bertolone o via Trentini).

Si comunica quanto segue:

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso l'istituto, in orario scolastico.
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del Codice Deontologico degli psicologi Italiani, reperibile on line sul sito dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia Codice Deontologico degli Psicologi italiani | OPL - Ordine psicologi Lombardia.
- La professionista è tenuta al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza, salvo i casi di tutela del minore previsti dal codice deontologico.

Indirizzo mail : varc02000l@istruzione.it

Posta certificata VARC02000L@PEC.ISTRUZIONE.IT - www.ipceinaudivarese.edu.it

VARC02000L – C.F. 80011020122



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE di STATO per i SERVIZI COMMERCIALI – TURISTICI - SOCIALI

L. EINAUDI

Presidenza-Uffici amministrativi Varese, Via Bertolone n.7
Tel. 0332-239209 - Fax 0332 – 830340



- Le prestazioni offerte sono finalizzate ad attività di promozione e di tutela della salute e del benessere della persona.
- I dati personali della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, 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.
- È necessaria, per gli alunni minorenni, l'autorizzazione dei genitori. Gli alunni maggiorenni possono provvedere autonomamente alla richiesta, firmando l'autorizzazione.

Si potrà fruire dei colloqui nelle seguenti modalità:

1. Singoli alunni interessati al servizio potranno richiedere un colloquio con la psicologa inviando una mail alla prof.ssa Maggio: mariarosaria.maggio@ipceinaudivarese.edu.it, **specificando nome, cognome e classe frequentata**.
2. Individuazione, da parte del coordinatore, o di altro docente referente di studenti, classi o piccoli gruppi classe che, a parere del Consiglio di classe, potrebbero beneficiare del servizio: il coordinatore ne parlerà con gli alunni, i quali saranno liberi di accettare o meno il consiglio della scuola.
3. I genitori, il personale docente ed il personale ATA che vorranno usufruire del servizio potranno scrivere direttamente alla dott.ssa Broso, all'indirizzo mail: sara.broso@ipceinaudivarese.edu.it

Sarà indispensabile da parte dei genitori degli alunni che vorranno usufruire del servizio (colloqui e/o partecipazione agli interventi che verranno svolti con il gruppo classe), firmare i moduli allegati, entro il 14 novembre p.v. e, comunque, prima di accedere al servizio.

Potranno accedere a tale servizio gli alunni minorenni i cui entrambi genitori avranno compilato e firmato l'autorizzazione.

Gli studenti maggiorenni compileranno, invece, il modulo apposito per i maggiorenni.

Tutti gli studenti dovranno consegnare le autorizzazioni al coordinatore di classe che, una volta raccolte tutte le autorizzazioni, le consegnerà alla prof.ssa Maggio.

Cordiali saluti,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Samantha Emanuele

(Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione Digitale e norme ad esso connesse)

Indirizzo mail : varc02000l@istruzione.it

Posta certificata VARC02000L@PEC.ISTRUZIONE.IT - www.ipceinaudivarese.edu.it

VARC02000L – C.F. 80011020122



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE di STATO per i SERVIZI COMMERCIALI – TURISTICI - SOCIALI

L. EINAUDI

Presidenza-Uffici amministrativi Varese, Via Bertolone n.7
Tel. 0332-239209 - Fax 0332 – 830340



Adesione allo sportello psicologico con la dott.ssa Sara Broso

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore
_____ nata a _____ il ____/____/____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ dichiara di aver
compreso quanto qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa
accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello di ascolto psicologico, autorizzando al trattamento dei dati
raccolti nell'ambito del servizio offerto.
Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ____/____/____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ dichiara di aver
compreso quanto qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa
accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello di ascolto psicologico, autorizzando al trattamento dei dati
raccolti nell'ambito del servizio offerto.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente _____ dichiara di aver compreso quanto qui sopra riportato e decide
con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese presso
lo Sportello di ascolto psicologico, autorizzando al trattamento dei dati raccolti nell'ambito del servizio
offerto.

Luogo e data _____ Firma _____

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 qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa
accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello di ascolto psicologico, autorizzando al trattamento dei dati
raccolti nell'ambito del servizio offerto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____

Indirizzo mail : varc02000l@istruzione.it

Posta certificata VARC02000L@PEC.ISTRUZIONE.IT - www.ipceinaudivarese.edu.it

VARC02000L – C.F. 80011020122



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE di STATO per i SERVIZI COMMERCIALI – TURISTICI - SOCIALI

L. EINAUDI

Presidenza-Uffici amministrativi Varese, Via Bertolone n.7
Tel. 0332-239209 - Fax 0332 – 830340



Adesione allo sportello psicologico con la dott.ssa Silvia Bernasconi

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minore
_____ nata a _____ il ____/____/____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. ____ dichiara di aver
compreso quanto qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa
accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello di ascolto psicologico, autorizzando al trattamento dei dati
raccolti nell'ambito del servizio offerto.
Luogo e data _____ Firma della madre _____

Il Sig. _____ padre del minore _____
nato a _____ il ____/____/____
e residente a _____ in via/piazza _____ n. ____ dichiara di aver
compreso quanto qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa
accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello di ascolto psicologico, autorizzando al trattamento dei dati
raccolti nell'ambito del servizio offerto.

Luogo e data _____ Firma del padre _____

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente _____ dichiara di aver compreso quanto qui sopra riportato e decide
con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese presso
lo Sportello di ascolto psicologico, autorizzando al trattamento dei dati raccolti nell'ambito del servizio
offerto.

Luogo e data _____ Firma _____

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 qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa
accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello di ascolto psicologico, autorizzando al trattamento dei dati
raccolti nell'ambito del servizio offerto.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____



Indirizzo mail : varc02000l@istruzione.it

Posta certificata VARC02000L@PEC.ISTRUZIONE.IT - www.ipceinaudivarese.edu.it

VARC02000L – C.F. 80011020122