



# BELLUZZI - FIORAVANTI

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE

C.F. 91337340375

via G.D. Cassini,3 - 40133 BOLOGNA

Tel. 051 3519711 - FAX 051 563656

www.iisbelluzzifioravanti.gov.it - bois02300g@istruzione.it

## INFORMATIVA - SPORTELLO di ASCOLTO

Nel nostro Istituto è attivo il servizio di **Sportello d'ascolto finalizzato alla prevenzione della dispersione scolastica negli alunni e alla promozione del benessere di tutti gli utenti della scuola**. Tale attività è tenuta dal **dott. Massimiliano Belluzzi**, psicologo-psicoterapeuta con competenze specifiche che opera direttamente nella scuola.

Si tiene di norma in orario curricolare previo appuntamento. Ogni accesso ha la durata indicativa di 40-45 minuti. Gli incontri si terranno in uno **spazio riservato** che si trova nell'aula sopra la palestra con accesso dalla scala esterna in metallo. Il numero massimo dei colloqui previsto è 5 all'anno, in quanto non si tratta di un percorso di psicoterapia con finalità cliniche e diagnostiche. Lo studente che vi accede è da ritenersi giustificato presso il docente in orario.

### Cos'è lo Sportello d'ascolto e a chi si rivolge?

1. è uno spazio di consulenza per la prevenzione del disagio e per la promozione del benessere
2. è dedicato a:
  - coloro che vogliono ricevere informazioni riguardo a tematiche psicologiche (es. bullismo, alimentazione, immigrazione, sessualità, uso di sostanze) o che semplicemente hanno l'esigenza di conoscersi meglio nei propri bisogni e nelle proprie aspettative;
  - coloro che vogliono affrontare problematiche motivazionali e scolastiche;
  - coloro che vogliono confrontarsi con un esperto circa difficoltà familiari, relazionali e comportamentali;
  - coloro che attraversano un momento di crisi;
3. è aperto a tutti gli studenti, i genitori, gli insegnanti e il personale ATA di questa scuola,
4. può prevedere anche interventi all'interno delle classi per la risoluzione di situazioni particolarmente problematiche.

### Come si accede allo Sportello di ascolto?

Per accedere allo sportello è necessaria la prenotazione del primo colloquio, che può essere fatta *contattando via mail i referenti del progetto*:

prof. Massimiliano Belluzzi ([massimiliano.belluzzi@belluzzifioravanti.it](mailto:massimiliano.belluzzi@belluzzifioravanti.it))

prof.ssa Irene Sinigaglia ([irene.sinigaglia@belluzzifioravanti.it](mailto:irene.sinigaglia@belluzzifioravanti.it))

Per gli studenti la richiesta di colloquio può essere fatta autonomamente, oppure può avvenire tramite l'invio da parte di un docente o genitore.

### Per chiunque desideri accedere a questo servizio si ricorda che:

1. PER I MINORI È OBBLIGATORIO CONSEGNARE ALLO PSICOLOGO IL **CONSENSO INFORMATO FIRMATO DA ENTRAMBI I GENITORI** (O DI CHI NE DETIENE LA POTESTÀ GENITORIALE) prima di effettuare il colloquio. Tale modulo è reperibile sul sito della scuola nell'area "genitori".
2. LE INFORMAZIONI CONDIVISE IN QUESTO SPAZIO SONO SOGGETTE A PRIVACY e il contenuto dei colloqui non verrà comunicato se non in accordo con la persona stessa o nel limite giuridico della riservatezza.



# BELLUZZI - FIORAVANTI

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE

C.F. 91337340375

via G.D. Cassini,3 - 40133 BOLOGNA

Tel. 051 3519711 - FAX 051 563656

www.iisbelluzzifioravanti.gov.it - bois02300g@istruzione.it

## Autorizzazione dei genitori o di chi detiene la potestà genitoriale del minore per usufruire del servizio "Sportello d'ascolto per la prevenzione della dispersione scolastica e del disagio giovanile"

**N.B. Senza tale consenso gli studenti minorenni non possono accedere allo Sportello d'ascolto**

Io sottoscritto (Nome e Cognome **Padre**) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

identificato mediante documento (Carta identità/Patente/Passaporto) \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ed io sottoscritta (Nome e Cognome **Madre**) \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

identificato mediante documento (Carta identità/Patente/Passaporto) \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

genitori/esercenti la potestà genitoriale relativa al minore

(Nome e Cognome **Minore**) \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

in virtù della potestà genitoriale, diamo il consenso a che nostro/a figlio/a possa usufruire dei servizi dello Sportello d'ascolto svolti presso l'IIS Belluzzi-Fioravanti dal corrente anno scolastico ovvero: colloqui individuali e/o interventi sul gruppo-classe. Tale consenso ha effetto per l'intero anno scolastico cui si riferisce e per i successivi anni di corso in cui sia prevista l'iscrizione d'ufficio, fermo restando il diritto di revocarlo in qualunque momento.

Altresì esprimiamo il consenso al trattamento dei nostri dati sensibili per gli scopi relativi all'attività in oggetto e conformemente al D.L. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Data .....

Firma Padre \_\_\_\_\_ Firma Madre \_\_\_\_\_