

MODULO PER CONSENSO INFORMATO DEI GENITORI PER PRESTAZIONI
A MINORENNI

Io sottoscritto (padre) _____

nato a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ Documento n° _____

e io sottoscritta (madre) _____

nata a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ Documento n° _____

Recapito telefonico _____

Padre e madre del/la minore _____ nato/a

a _____ Il _____

C.F. _____

Recapito telefonico _____

siamo stati informati sui seguenti punti:

la prestazione che verrà resa è una prestazione di Servizio di Sportello Psicologico e sarà effettuata dalla Dott.ssa Maria Vitiello psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania n°8847

A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico;

La prestazione di Sportello Psicologico non è una Psicoterapia;

In qualsiasi momento si potrà interrompere la prestazione professionale;

Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;

Esistono obblighi deontologici cui il professionista è tenuto, anche a tutela della mia persona, e perciò rinuncio a esercitare il diritto d'accesso alle fonti ed ai materiali;

Lo sportello psicologico è rivolto ai ragazzi e ai genitori dei ragazzi iscritti all'Istituto

_____;

Le prestazioni concordate non comportano costi a nostro carico e nessuno potrà richiederci un corrispettivo economico per la prestazione;

Informati di tutto ciò, noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra, acconsentiamo a che la prestazione nei confronti di nostro figlio/a venga effettuata, qualora lo stesso ne faccia richiesta.

Luogo e data _____

Firma padre leggibile _____

Firma madre leggibile _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato dalla Dottoressa Maria Vitiello che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo/psicoterapeuta per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
2. il trattamento dei miei dati personali, in forma anonima, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazioni e statistiche scientifiche;
3. I dati saranno inseriti in un archivio informatico/magnetico/cartaceo avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
4. ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
5. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;
6. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del trattamento. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento;
7. il titolare del trattamento è la Dottoressa Maria Vitiello

Preso visione della presente informativa, attesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali di mio figlio.

Data _____

Firma padre leggibile _____

Firma madre leggibile _____