

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA

ALUNNI

Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

SERVIZIO SPORTELLO ASCOLTO PSICOLOGICO ALUNNI

I sottoscritti
e
genitori/tutori del minore.....
frequentante l'Istituto Scolastico _____ del Comune di _____ ,

Sono informati:

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica non finalizzata al trattamento;
- che a tal fine potrà essere utilizzato il colloquio clinico per la prevenzione, le attività di orientamento e di sostegno in ambito psicologico;
- che lo strumento principale di intervento è il colloquio clinico;
- che la frequenza dei colloqui è da considerarsi per un massimo di n. 3 incontri per ciascun utente aderente al servizio;
- che in qualsiasi momento si può comunicare all'esperto la volontà di interruzione rendendosi disponibili ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- che lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto quando constata che la persona non trae alcun beneficio dalla consulenza e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento dello stesso - se richiesto, fornisce alla persona le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- Il 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.psicologipuglia.it.
- che lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio effettui il percorso di consulenza psicologica che la Dott.ssa Maria Roberta Massimini riterrà necessario nel suo caso.

Firma del padre

Firma della madre

.....

.....

_____ li ----/----/-----

Dr.ssa Massimini Maria Roberta

Segue a pag.2 Informativa Privacy

INFORMATIVA PRIVACY

Comunicazione ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo n.196 del 30.6.2003 e art 13 GDPR 679/2016 e dichiarazione di CONSENSO INFORMATO

La informiamo che tutti i dati personali trattati all'interno del Centro sono coperti dal disposto del Decreto Legislativo n. 196/03 e GDPR 679/16 e che i relativi diritti ed obblighi previsti dalla normativa medesima.

Il trattamento dei dati da noi forniti è effettuato ai sensi del D: Lgs. 193/06 e GDPR 679/2016, ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del Trattamento dati è Il titolare del Trattamento dati è l'Istituto Scolastico _____ nella persona di _____ .

I dati, all'interno del Centro, saranno trattati unicamente dal personale espressamente autorizzato dal Responsabile. L'A.T.I., in quanto gestore di un Servizio pubblico e per assolvere a tale funzione, potrà comunicare i tutti i dati e contenuti relativi al percorso di cui primo punto, alla Dirigente Scolastico dell'Istituto _____ del Comune di _____

quale Titolare del Trattamento dei Dati.

Consenso al trattamento dei dati

(ai sensi del Capo III del D.Lgs 196/03 e GDPR 679/2016 e ai sensi e per gli effetti dell'articolo 10 del C.C.)

Il Sottoscritto _____

Il Sottoscritto _____

Genitori/tutori del minore _____

vista l'informativa di cui sopra autorizzano al trattamento dei dati

Data

Firma del padre

Firma della madre

.....

.....

Si allegano copie del documento di riconoscimento dei genitori.