

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° _____
Padre e madre del/la minore _____ nato/a
a _____ il _____ C.F. _____
siamo stati informati sui seguenti punti:

la prestazione che verrà resa dalla dott.ssa Elisa Angela Savarino e dalla dott.ssa Piera Donato è una prestazione di **Servizio di Sportello Psicologico** e sarà effettuata da una psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sicilia.

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 potremo 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 agli alunni e al personale scolastico all'Istituto Comprensivo Manzoni di Ravanusa

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 e ss.mm., sono stato altresì informato dalla Dottoressa Elisa Angela Savarino che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo/psicoterapeuta/educatore 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 terapeutico. 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 terapeutico;
7. il titolare del trattamento è la Dottoressa Gueli Alletto Valentina

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

Data

Firma padre leggibile_____

Firma madre leggibile_____

MODULO PER IL CONSENSO AI COLLOQUI CON INSEGNANTI

Io sottoscritto

(padre) _____

nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____ Documento N° _____

residente a _____ Via _____

e io sottoscritta (madre) _____

nata a _____ il _____

Codice Fiscale _____ Documento N° _____

residente a _____ Via _____

genitori del/la minore _____

Codice Fiscale _____

DIAMO ESPRESSO CONSENSO

alla Dott.ssa Elisa Angela Savarino e alla Dott.ssa piera Donato **ad effettuare uno o più colloqui di confronto e coordinamento con gli insegnanti** di Nostro figlio, sia in nostra presenza che in nostra assenza, nell'esclusivo e primario interesse Nostro e di Nostro figlio.

Luogo e Data

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Vi preghiamo di allegare al presente Documento le fotocopie firmate delle vostre Carte di Identità.