Modulo per la prestazione professionale

 psicologica rivolta a minori di anni 18

La sottoscritta , nata a il , residente a , in via , codice fiscale ,

cell

*[N.B. inquesto spazio inserire tutti i dati utili della madre.]*

Il sottoscritto , nato a il , residente a , in via , codice fiscale ,

cell

*[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]*

Affidandosi al dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Psicologo/a e Psicoterapeuta, iscritto/a all’ Ordine degli Psicologi della Campania dal 07/04/2014N.9081, cell ------------

E MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato:**

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani -*di seguito C.D.,*nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.
2. la prestazione offerta riguarda: *colloqui psicologici*;
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da prestazioni di *supporto psicologico*;
4. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi,organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell' art.1della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico *– (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);*
5. per il conseguimento dell’ obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologico ;
6. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando al dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. studente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l’appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all’altra in tempi congrui ( almeno 24 ore prima della data del colloquio).

Sono informati sul seguente punto in relazione al trattamento dei **dati personali** ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, 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.

**Visto e compreso** tutto quanto sopraindicato, nell’esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

 ,

nata/o a il

residente a in via

codice fiscale

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della

Scuola (indicare i dati del minore)

Avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alla modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

* FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazionealtrattamentodeidatirelativialpropriostatodisalute,esprimeilproprioliberoconsenso,barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

* FORNISCE IL CONSENSO

***Si allega un documento di riconoscimento in corso di validità del minore e di entrambi i genitori***

Luogo e data

Firma padre

Firma madre

Firma della Professionista

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_