

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA
VERSIONE MINORI

Ai sensi dell'art. 24 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"; in riferimento al progetto "Sportello d'ascolto psicologico" attivato dall'IC di Campli a.s. 2015-2016 e rivolto agli studenti, insegnanti e genitori degli studenti, si informa che:

1. la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico;
2. a tal fine verrà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio clinico;
3. gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano la prevenzione al disagio psicologico e/o familiare e/o sociale;
4. lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art.11);
5. il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è a disposizione su richiesta;
6. il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 3 (salvo eccezioni particolari).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Informativa ex art. 13 D. lgs. 196/2003 ("codice in materia di protezione dei dati personali")

Il D. lgs. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. In particolare e ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003, Vi forniamo le seguenti informazioni:

- Tutti i dati forniti verranno trattati esclusivamente ai fini di prevenzione, cura e prestazioni connesse allo svolgimento dei compiti e degli obblighi derivanti dall'incarico della dott.ssa Alberta De Martinis.
- Il trattamento dei dati verrà effettuato secondo modalità manuali e informatiche idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale
- Il titolare e responsabile del trattamento è la dott.ssa Alberta De Martinis.
- In ogni momento l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D. lgs. 196/2003.

(Da ritagliare e consegnare firmato)

=====

I sottoscritti

Cognome e nome del padre

.....

Cognome e nome della madre

.....

genitori del minore.....

.....

classe.....

in qualità di esercenti la patria potestà genitoriale/tutoriale del minore
sunnominato, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acquisite le
informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. lgs.
196/2003:

ACCONSENTIAMO NON ACCONSENTIAMO

al trattamento dei dati sensibili di (nome del minore)

.....

necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

ACCONSENTIAMO NON ACCONSENTIAMO

che nostro figlio possa accedere al servizio di sportello psicologico svolto dalla
dott.ssa Alberta De Martinis per l'anno scolastico 2015/2016.

Data.....

Firma del padre.....

Firma della madre.....

INFORMAZIONE SULLA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati personali è effettuato in conformità con le disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 (Codice di Privacy).

Il titolare del trattamento è l'istituzione scolastica.

Il trattamento dei dati personali è necessario per l'esecuzione dell'incarico di insegnante.

I dati personali sono trattati in modo lecito, equo e trasparente.

Il trattamento dei dati personali è limitato al tempo necessario.

Il titolare del trattamento garantisce la sicurezza dei dati personali.

Il titolare del trattamento è disponibile per le richieste di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità e opposizione.

Il titolare del trattamento è disponibile per le richieste di reclamo all'autorità di controllo.