

CONSENSO INFORMATO “SPORTELLLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO”

I sottoscritti (cognome e nome del padre) _____

e (cognome e nome della madre) _____

genitori del minore _____

Sono informati :

- che la prestazione che verrà offerta al minore, ossia lo Sportello di ascolto, è un servizio offerto dalla Scuola, finalizzato al potenziamento del benessere psicologico;
- che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico e tali strumenti NON hanno fine diagnostico;
- che gli strumenti principali di intervento sono il colloquio singolo e di gruppo, i dati ricavati non indagheranno in alcun modo le caratteristiche del singolo soggetto ma verranno trattati anonimamente ed esclusivamente a livello di gruppo
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);

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 dello sportello di ascolto, impegnandoci a collaborare al meglio delle nostre possibilità.

Data ----/----/-----

In fede

Firma del padre

Firma della madre

.....

.....

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Con la presente Vi informiamo che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") ha introdotto una specifica disciplina in materia di tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la suddetta normativa, il trattamento dei dati deve essere eseguito secondo i principi di correttezza, trasparenza e di tutela della Vostra riservatezza e dei Vostri diritti.

Al fine dello svolgimento dell'incarico professionale affidato alla Dott.ssa La Licata Tatjana sarà necessario operare il trattamento dei Vostri dati personali e quindi, ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, Vi forniamo le seguenti informazioni:

I dati da Voi forniti verranno trattati nel rispetto dei principi della correttezza, liceità e trasparenza dettati dal D.Lgs. 196/2003 per la seguente finalità: per gestire i rapporti volti all'espletamento dello "Sportello di ascolto psicologico".

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali (art. 23 D.Lgs. 196/2003)

I sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale / tutoriale del minore _____, presa integrale visione dell'informativa pubblicata sul sito dell'ICS "A.Caponnetto", attestano il loro libero consenso affinché Titolare (ICS Caponnetto nella persona del DS pro-tempore) e Responsabile (Dott.ssa La Licata Tatjana) procedano al trattamento dei suoi dati personali **solamente per gestire i rapporti volti all'espletamento dello "Sportello di ascolto psicologico"**.

In fede

Firma del padre

Firma della madre

.....

.....

____/____/_____