

CONSENSO INFORMATO COUNSELING PSICOLOGICO PER I MINORI

Io sottoscritto sig. _____ nato a _____
il ___ / ___ / _____ e residente in _____

Io sottoscritta sig.ra _____ nata a _____
il ___ / ___ / _____ e residente in _____
prima di ottenere prestazioni professionali da parte del/la dottore/ssa.
_____ in favore del minore _____ nato/a a
_____ il ___ / ___ / _____ sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico finalizzato al conseguimento di una valutazione e intervento per migliorare il benessere psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico;
- la durata dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- obbligo del terapeuta è il rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
- esistono obblighi deontologici cui il professionista è tenuto, anche a tutela del paziente;

Informato/a di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio fruisca della prestazione concordata con il/la dr/dr.ssa Moffa Anna iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Campania al numero 6015.

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato dal dr./dr.ssa

Moffa Anna _____ che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo e psicoterapeuta 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 personali - compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale - possono essere soggetti a trattamento solo con il mio consenso scritto;
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 saranno 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*:
8. il responsabile del trattamento (se diverso dal titolare) è:

Preso visione della presente informativa, attestiamo il nostro libero consenso al trattamento dei nostri dati personali.

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE
