

## **A.P.S. Dia.Te.So. Diagnosi Terapia Sostegno**

Associazione di promozione Sociale  
C.F. 91042370485 - P.I. 06481640487  
www.associazionediateso.com  
[associazionediateso@gmail.com](mailto:associazionediateso@gmail.com)  
Cell. 3935051741 - 3273429240



### **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 APS Dia.Te.So. è una prestazione di **Servizio di Sportello Psicologico** e sarà effettuata dalla Dott.ssa Giomi Francesca psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n°6562
- 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 ai ragazzi ed ai genitori dei ragazzi iscritti all'Istituto Comprensivo F.Tozzi di Siena
- 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, sono stato altresì informato dalla Dottoressa Giomi Francesca 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 Giomi Francesca

Preso 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 Giomi Francesca **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.