

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
Cell. 3935051741 – 3273429240



WWW.ASSOCIAZIONEDIATESO.COM

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 con polizza assicurativa Allianz S.p.a. n° 500216747
- 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 _____

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
Cell. 3935051741 – 3273429240



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_____

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
Cell. 3935051741 – 3273429240



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.