Allegato B

***CONSENSO INFORMATO PER I MINORI***

Io sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nata o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

prima di ottenere l’intervento da parte dello psicologo dott. Alessio Pescara in favore del minore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato 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;

● a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi,

 le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;

● la durata globale 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.

Informati di tutto ciò , accettiamo che il minore suddetto fruisca della prestazione concordata con il dott. Alessio Pescara iscritto all’Ordine degli Psicologi della Campania.

Luogo e data……………………………….

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DELLA PADRE LEGGIBILE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In allegato, si trasmettono le copie dei documenti di riconoscimento di entrambi i genitori

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell’articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n. 196, del GDPR 679/2016 e del D.Lgs. 101/2017, sono stato altresì informato dal dott. Alessio Pescara che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento l’intervento richiesto strettamente inerente alla sua attività di psicologo

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 e potranno essere trattati anche da terzi: in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza

4. 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

5. 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

6. Il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all’instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare all’intervento

7. Il titolare del trattamento è: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Per i minori**

FIRMA DELLA MADRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_