CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA - MINORI

Ai sensi dell'art. 31 del "Codice Deontologico degli Psicologi italiani"

I sottoscritti (cognome e nome del padre) ……

e (cognome e nome della madre) ……

genitori del minore/i (cognome e nome del figlio/a) ……

(cognome e nome del figlio/a) ……

sono informati:

- che la prestazione che verrà offerta al minore è una consulenza psicologica finalizzato alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicologico;
- che gli strumenti principali di intervento sono: colloqui clinici e osservazioni;
- che lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- che lo psicologo può derogare dal segreto professionale solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani) o per obbligo di referto (Art. 13 del Codice Deontologico);
- che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani è a disposizione su richiesta;
- che il trattamento dei dati per le finalità sopraindicate avrà luogo anche con modalità automatizzate ed informatizzate e manuali, sempre nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge. I dati saranno conservati per i termini di legge e trattati da parte di dipendenti e/o professionisti da questa incaricati, i quali svolgeranno le suddette attività sotto la diretta supervisione e responsabilità del legale rappresentante;
- che ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, hanno il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e possono, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che riguardano li riguardino o che riguardino il/i minore/i, e conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge;

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del/la sunnominato/a minore, avendo letto, compreso e accettato quanto sopra,

☐ **ACCONSENTIAMO** che nostro/a figlio/a effettui il percorso di consulenza psicologica che il/la dott.ssa LETIZIA ZERINI, psicologa iscritta all'Ordine Territoriale della Regione Toscana con n. di iscrizione 3491, riterrà necessario, ovvero incontri individuali e/o congiunti a uno o a entrambi i genitori o altri adulti significativi.

☐ **NON ACCONSENTIAMO** che nostro/a figlio/a effettui il percorso di consulenza psicologica che il/la dott.ssa LETIZIA ZERINI, psicologa iscritta all'Ordine Territoriale della Regione Toscana con n. di iscrizione 3491, riterrà necessario, ovvero incontri individuali e/o congiunti a uno o a entrambi i genitori o altri adulti significativi.

In fede

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma del Tutore _____

Luogo, data