

MODULO PER CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI
PSICOLOGICHE A MINORENNI

Io sottoscritto

Nato a _____ il _____

Identificato mediante documento _____ numero _____

Rilasciato da _____ il _____

Numero di Telefono _____

Padre del minore _____

E io sottoscritta

Nata a _____ il _____

Identificata mediante documento _____ numero _____

Rilasciato da _____ il _____

Numero di Telefono _____

Madre del minore _____

In virtù della potestà genitoriale, diamo il consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali psicologiche di:

sostegno psicologico mediante colloqui di persona presso il plesso scolastico o tramite strumento digitale (whatsapp/skype)

Dello Psicologo Dottor Delmondo Marcello

Data _____

Firme _____

Dottor Delmondo Marcello Psicologo
Numero iscrizione Ordine degli Psicologi del Piemonte 8413
3338600489-dottor.delmondo@gmail.com

Sportello Psicologico scolastico presso Istituto Comprensivo di Govone

Si riceve il seguente preventivo:

ai sensi dell'art.9 comma 4 del D.L. n.1/2012 (convertito, con modificazioni, dalla L. n.27/2012, e modificato dal comma 150 della L. n.124/2017), si formula il preventivo di massima nei seguenti termini:

I colloqui e le attività di sportello psicologico sono finanziate dalla scuola e non verrà pertanto richiesto il pagamento delle prestazioni a chi usufruisce del servizio.

Il dott. Delmondo Marcello è assicurato con Polizza RC professionale sottoscritta con Allianz Milano Spa n. 500216747.

Siamo informati sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. Il dott. Delmondo è Titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali (è possibile richiedere copia estesa dell'informativa presso la segreteria della scuola o al Dottor Delmondo), consapevoli dei diritti che possiamo esercitare in base alla normativa sulla privacy, incluso quello di revocare il presente consenso, in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprimiamo il nostro libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali e, in qualità di titolari della responsabilità genitoriale, dei dati personali e di salute del minore _____ per tutte le finalità indicate nella presente informativa (per gestire i rapporti funzionali volti all'espletamento delle prestazioni sanitarie e/o l'incarico professionale richiesto; per adempiere ai conseguenti e correlati obblighi di legge amministrativi, contabili, o fiscali; per eventuali contatti legati alla prestazione professionale (telefonici, via posta ordinaria, via email, ecc.).

FORNISCONO IL CONSENSO

Autorizziamo inoltre il Dottor Delmondo a prendere contatti con gli/le insegnanti del minore _____ in caso di necessità.

AUTORIZZIAMO

Data _____

Firme _____
