CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO presso PORTOFRANCO
(maggiorenni)

Il/La sottoscritto/a_____C.F._____

nato/a a_____ il _____ frequentante la classe _____

DICHIARA

- di essere a conoscenza che attraverso lo Sportello di ascolto e consultazione psicologica che si svolge presso Portofranco, Milano verrà offerta una consulenza psicologica, che in nessun modo si configura come psicoterapia, che potrà essere finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e della maturazione personali, al sostegno emotivo-affettivo e al potenziamento delle capacità interpersonali con i coetanei, la scuola e la famiglia;

- di essere a conoscenza che lo Sportello di ascolto e consultazione psicologica si avvale del colloquio individuale come strumento principale di conoscenza dell'individuo e che il percorso offerto prevede fino a un massimo di tre incontri;

- di essere a conoscenza che la prestazione offerta verrà effettuata nel pieno rispetto delle norme contenute nel Codice Deontologico degli Psicologi italiani e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs n. 196/2003 modificato dal D.Lgs 101/2018 in conformità al Regolamento Europeo n. 679/2016).

Data_____ Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018)

Il Dott. Guido Banzatti è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'attività: dati anagrafici e di contatto, dati relativi allo stato di salute fisica o mentale, riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dalla psicologa stessa. Tali dati saranno trattati e gestiti secondo tutti i principi di legge e nel rispetto di quanto previsto dal C.D. Il trattamento di tutti i dati verrà effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato dell'interessato/a al fine di svolgere l'attività prevista. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche, utilizzando adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale. I dati personali verranno conservati per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti (10 anni per i dati anagrafici e 5 anni per i dati relativi allo stato di salute). I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie sulla base di precisi doveri di legge.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità dello Sportello, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data_____ Firma _____

Firma del Professionista _____