



COMUNE DI BULZI
CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE
ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Il sottoscritto genitore Padre (Tutore legale) _____

Nato a _____ prov. _____, il _____

Residente a _____ prov. _____, Via _____

Tel/cell _____ Email: _____

Il sottoscritto genitore Madre (Tutore legale) _____

Nato a _____ prov. _____, il _____

Residente a _____ prov. _____, Via _____

Tel/cell _____ Email: _____

Del minore _____

Nato a _____, il _____

Ho preso visione delle seguenti informazioni:

- La prestazione che verrà offerta è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico;
- Lo strumento principale di intervento sarà il colloquio della durata di 45/60 minuti circa;
- Il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione e distruzione degli stessi;
- Il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di chiarimento e di aiuto per chi affluisce allo sportello;
- La psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (art. 11);
- La psicologa può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
- I dati saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 e del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 per attività e azioni connesse al suddetto Servizio.

Vista la situazione di emergenza pandemica da COVID-19 e viste le disposizioni del DPCM del 9.03.2020, con il quale è stata disposta la sospensione delle attività di Servizio dirette, le modalità previste, a causa dell'emergenza, sono quelle della consulenza telefonica, per fornire un primo sostegno psicologico e per concordare le eventuali successive consulenze previo appuntamento da realizzare, secondo la scelta del genitore:

- consulenza e sostegno psicologico telefonico;
- consulenza e sostegno psicologico via Skipe;
- consulenza e sostegno psicologico videochiamata WhatsApp.



EduPe

La Dott.ssa Barbara Franzo garantisce l'utilizzo di tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza della privacy, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotate di sistemi hardware e software che prevedono efficienti sistemi di protezione dei dati.

Si autorizza

Non si autorizza

il/la proprio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa-Psicoterapeuta, Dott.ssa Barbara Franzo, che potrà essere contattata telefonicamente sul n° di cellulare 3497869450.

DATA

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Autocertificazione di genitore unico esercente la potestà genitoriale o Tutore legale del minore

Io sottoscritto/a _____ padre/madre o tutore del minore dichiaro di essere l'unico esercente la patria potestà o la tutela legale.

Autorizzo

Non autorizzo

mio/a figlio/a ad usufruire degli incontri individuali con la Psicologa-Psicoterapeuta, Dott.ssa Barbara Franzo

DATA

Firma
