Nuovo Centro Kaleidos srl
Sede legale e operativa : via Nicola Pisano, 20 – Viareggio
[LU] P.IVA e C.F. 02284160468

Il benessere per la mente e per il corpo

Modulo per consenso informato

Io sottoscritti (cognome) _____(nome)_____

Sono stata informata sui seguenti punti:

- ☐ la prestazione che verrà resa dal Nuovo Centro Kaleidos. è una prestazione di **Servizio di Sportello d'Ascolto** e potrà essere effettuata dalla Dott.ssa Laura Angella psicologa-psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana nr 6576, dalla Dott.ssa Ilaria Pacini iscritta all'Ordine degli Psicologi del Piemonte nr 8288, dalla Dott.ssa Ilaria Lenci Logopedista e dalla Dott.ssa Elena Gramegna Esperta in materie pedagogiche a seconda delle specifiche richieste.
- ☐ A tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e il sostegno in ambito psicologico, logopedico e pedagogico.
- ☐ La prestazione di Sportello d'Ascolto non è una Psicoterapia;
- ☐ In qualsiasi momento potrò interrompere la prestazione professionale
- ☐ Lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- ☐ Lo psicologo è tenuto al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza;
- ☐ Esistono obblighi deontologici cui il professionista è tenuto, anche a tutela della mia persona, e perciò rinuncio a esercitare il diritto d'accesso alle fonti ed ai materiali
- ☐ Lo Sportello d'ascolto è rivolto ai ragazzi ed ai genitori dei ragazzi iscritti all'Istituto Superiore Carlo Piaggia - Viareggio
- ☐ Le prestazioni concordate non comportano costi a nostro carico e nessuno potrà richiedermi un corrispettivo economico per la prestazione;

Luogo data _____

Firma padre _____ Firma madre _____

Nuovo Centro Kaleidos srl
Sede legale e operativa : via Nicola Pisano, 20 – Viareggio
[LU] P.IVA e C.F. 02284160468

Il benessere per la mente e per il corpo

Consenso al Trattamento dei Dati Personali

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività d i psicologo/psicoterapeuta/educatore per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;

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 avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;

4. 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;

5. il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione;

6. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del trattamento terapeutico. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento terapeutico;

7. il titolare del trattamento è il Nuovo Centro Kaleidos

Presa visione della presente informativa , attesto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali

Luogo data _____

Firma

Via Nicola Pisano, 20 – 55049 Viareggio Lu - kaleidos.viareggio@gmail.com – 0584582509 - 3383760375