

**CONSENSO INFORMATO CONSULENZA
SPORTELLO CIC - MINORI**



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 e /o pedagogica finalizzato alla valutazione e all'intervento per potenziarne il benessere psicopedagogico;
- che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicopedagogico;
- che gli strumenti principali di intervento sono: colloqui clinici, osservazioni e test psicodiagnostici;
- che il numero dei colloqui proposti sarà valutato in base alle modalità con cui lo professionista in età evolutiva svolge la propria professione e comunicato ai genitori durante il primo incontro;
- nel corso della consulenza psicologica sarà possibile ampliare o diminuire il numero degli incontri previa comunicazione ai genitori stessi;
- che lo professionista in età evolutiva è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli professionisti sanitarie, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale ;
- che il professionista in età evolutiva può derogare dal segreto professionale solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione o per obbligo di referto (Art. 13 del Codice Deontologico);
- 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

**CONSENSO INFORMATO CONSULENZA
SPORTELLA CIC - MINORI**

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;

- il compenso, predefinito sulla base del tariffario dell'Ordine degli Psicologi, tenendo conto della tipologia di prestazione effettuata, sarà precedentemente comunicato.

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 presso lo sportello CIC (servizio che la scuola offre per realizzare attività di prevenzione, informazione, sostegno, consulenza e orientamento in) che lo specialista dell'Equipe del CENTRO PER LA SALUTE di Pistoia Centro di Riabilitazione Funzionale Autorizzazione REA PT-185501,

professionista in età evolutiva iscritto/a all'Ordine Territoriale di appartenenza, come da documentazione presente e consultabile nel sito www.centroperlasalute.it o tramite richiesta all'indirizzo info@centroperlasalute.it, 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 _____