

Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

La sottoscritta _____, nata a _____ il _____, residente a _____, in via _____, codice fiscale _____, [N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della madre.]

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, residente a _____, in via _____, codice fiscale _____, [N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]

affidandosi alla Dott.ssa Angela Grambone, Psicologa e Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Lazio dal 07/04/2014 N. 20476, cell. 3735073528, posta elettronica ordinaria: angela.grambone@libero.it, posta elettronica certificata: angela.grambone@psyppec.it.

Sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. Lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- di seguito C.D., nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.
2. La prestazione offerta riguarda: colloqui di supporto psicologico;
3. La prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da prestazioni di supporto psicologico;
4. La prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);
5. Per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologico clinico, tecniche e esercizi della Gestalt psicosociale e Gestalt Play Therapy;
6. La durata globale dell'intervento di supporto psicologico è definibile in n. 4 incontri, per una durata minima di 40 minuti. Gli incontri si svolgono presso i locali dell' Istituto Comprensivo di San Giorgio a Liri, oppure online, o tramite contatti telefonici (cell:3735073528).
7. In qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla Dott.ssa Angela Grambone la volontà di interruzione;
8. la Dott.ssa Angela Grambone può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso.

Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.); 9. cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti,

in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui (almeno 24 ore prima della data del colloquio).

Sono informati sul seguente punto in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____ in via _____
codice fiscale _____ (indicare i dati del minore)

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alla modalità della stessa, 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

Si allega un documento di riconoscimento fronte retro in corso di validità del minore e di entrambi i genitori

Luogo e data _____

Firma padre

Firma madre

Firma della Professionista Dott.ssa Angela Grambone

Angela Grambone