

# CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

affidandomi al Dottore/ssa. \_\_\_\_\_Mariella Bove\_\_\_\_\_

sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un percorso psicologico finalizzato al conseguimento di una valutazione e intervento per potenziare il benessere psicologico;
- 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 psicologico;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e i test psicodiagnostici;
- lo psicologo è tenuto a seguire quanto riportato sul codice deontologico degli psicologi italiani
- i dati da me forniti, ivi compresi i dati sensibili, sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- il titolare del trattamento è il Dottore/ssa \_\_\_\_\_Mariella Bove\_\_\_\_\_
- il trattamento dei dati avviene con procedure idonee a tutelare la mia riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità terapeutiche e/o fiscali o comunque strettamente legate alle finalità della relazione terapeutica;
- 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;
- ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ho il diritto di oppormi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e posso, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che mi riguardano, 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 compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che mi sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.

Accetto di sottopormi al percorso psicologico che il dottoressa MARIELLA BOVE, iscrizione all'albo degli Psicologi della Campania n. 6144, riterrà necessario nel mio caso.

In fede

Luogo data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_