

## CONSENSO INFORMATO PER I MINORI

Io sottoscritto sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Io sottoscritta sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
prima di ottenere prestazioni professionali da parte del/la dottore/ssa. \_\_\_\_\_ Mariella Bove \_\_\_\_\_ in  
favore del minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è un counseling psicologico finalizzato al conseguimento di una valutazione e intervento per migliorare 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;
- gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio clinico e i test psicodiagnostici;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- in qualsiasi momento potremo interrompere la terapia. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa comunicheremo al terapeuta la volontà di interruzione, rendendoci disponibili, a nostro insindacabile giudizio, a far effettuare un ultimo incontro tra il terapeuta e il minore finalizzato alla sintesi del lavoro svolto fino ad allora;
- 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 del paziente, e perciò rinuncio a esercitare il diritto d'accesso ai protocolli dei test.

Informato/a di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio/a fruisca della alla prestazione concordata con  
il/la dr/dr.ssa \_\_\_Mariella Bove\_\_\_ iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Campania al numero  
\_\_6144\_.

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

\_\_\_\_\_Mariella Bove\_\_\_\_\_ che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo e 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 cartaceo; in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
4. i dati personali - compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale - possono essere soggetti a trattamento solo con il mio consenso scritto;
5. 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;
6. 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;
7. i miei dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque anni dalla fine del trattamento terapeutico. Oltre tale data essi saranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento terapeutico;

Preso visione della presente informativa , attestiamo il nostro libero consenso al trattamento dei nostri dati personali.

Luogo e data

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_