

CONSENSO INFORMATO

Versione Minori

Il/La/I sottoscritto/a/i _____ genitore/i (o tutore) del minore
_____ classe__affidandosi alla terapeuta Dott.ssa Anna Diliberto

È/Sono informato/i:

- che la prestazione che verrà offerta è un sostegno consulenziale online e/o in presenza finalizzato al conseguimento di un migliore benessere personale e relazionale in questa fase di emergenza;
- gli strumenti principali di intervento saranno i colloqui online e/o in presenza;
- il terapeuta ha un orientamento sistemico relazionale;
- i dati forniti sono trattati ai sensi della normativa vigente, Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento é la Dott.ssa Anna Diliberto;
- 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 del professionista incaricato dalla scuola, il quale svolgerà le suddette attività sotto la diretta supervisione del dirigente scolastico;
- il terapeuta si impegna ad utilizzare il materiale raccolto sotto il vincolo del segreto professionale.

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro/a figlio/a effettui i colloqui online e/o in presenza con la Psicologa, impegnandosi a collaborare al meglio delle proprie possibilità.

(*Luogo e data*)

(*Firma*)

(*Firma*)
