**CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA – MINORI**

*Ai sensi dell’art. 24 del “***Codice Deontologico degli Psicologi italiani”**

I sottoscritti, sig. …………………………………………………………………… nato a…………………………. il……………………..

Identificato mediante documento…………… n…………………….. rilasciato da……………………………………… il……………

E sig.ra ……………………………………………………………………………………. nata a…………………………. il………………………….

Identificata mediante documento…………… n…………………….. rilasciato da……………………………………… il……………

Esercenti la responsabilità genitoriale sul/lla minore…………………………………………………….

oppure

in quanto tutori del/lla minore………………………………………………….. in ragione di (indicare provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero) ……………………………………………

**Sono informati** dalla Dott.ssa LATROFA ALESSANDRA,Psicologa/o iscritta/o all’Ordine degli Psicologi della Regione Puglia in data 18/01/2011 al n. 3388 sui seguenti punti :

* che la prestazione sarà resa presso ………………………………………………………………………………..;
* che la prestazione che verrà offerta al/alla minore è una consulenza psicologica e/o attività laboratoriali individuali e di gruppo finalizzate ad analizzare, insieme alla/al sottoscritta/o, la richiesta d’aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
* che a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, eventuali attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
* che gli strumenti principali di intervento sono il colloquio clinico, eventuali test psicodiagnostici, eventuali percorsi informazione/formazione e/o di educazione alla affettività ed alla sessualità;
* che la frequenza dei colloqui e/o delle attività di gruppo è concordata in base al progetto d’intervento psicologico, e nel corso del suo svolgimento sarà possibile adeguarla ai cambiamenti personali e della relazione professionale;
* che la durata globale dell’intervento non è definibile a priori anche se sono stati concordati a grandi linee obiettivi, tempi e modalità; indicativamente ogni percorso sarà articolato in un ciclo dai 3 ai 10 incontri;
* che in qualsiasi momento si possono interrompere le attività su menzionate, al fine di permettere i migliori risultati delle stesse ed in tal caso va comunicata alla/o Psicologa/o la volontà di interruzione rendendosi disponibili ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
* che la/o Psicologa/o valuta ed eventualmente propone l’interruzione delle attività su menzionate quando constata che l’utente non trae alcun beneficio dalle stesse e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento - se richiesto fornisce all’utente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
* che la/o Psicologa/o è vincolata/o al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
* che la/o Psicologa/o può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione (Art. 12 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
* al fine di facilitare e monitorare l’evoluzione del lavoro clinico nel tempo, verrà raccolto quanto prodotto nel corso del rapporto professionale in forma di cartella clinica, siano essi appunti di sedute, dati ed esisti di strumenti di valutazione. I dati verranno conservati, anche per motivi legali e deontologici, per un periodo di 5 anni dopo il termine del rapporto. La loro conservazione avviene,
* secondo quanto previsto dal GDPR in merito alla conservazione di dati sensibili, in modalità sicura e senza che terzi possano avervi accesso;
* che il testo integrale del Codice Deontologico degli Psicologi italiani è a disposizione su richiesta.

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio effettui il percorso di consulenza psicologica che il/la dott./dott.ssa LATROFA ALESSANDRA riterrà necessario nel suo caso, ovvero incontri individuali e/o congiunti ad uno o ad entrambi i genitori, attività di gruppo impegnandoci a collaborare al meglio delle nostre possibilità.

In fede

**Firma del padre Firma della madre**

……………………………. ……………………..............

Noicattaro, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In conformità al disposto dell’art. 13 REG. UE 2016/679, si informa che i dati forniti saranno trattati, nel rispetto delle idonee misure di sicurezza e riservatezza; il trattamento sarà effettuato sia manualmente sia con mezzi informatici e telematici a fini della erogazione delle attività, del monitoraggio e documentazione dello stesso; i dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione ad eccezione: dipendenti e collaboratori, Enti pubblici previsti dalla normativa vigente; Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell’art. 5 del G.D.P.R. 2016/679, i suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Titolare del trattamento: Ufficio di Piano Ambito Territoriale n.11

Responsabile: Consorzio Fra Cooperative Sociali Elpendu'-Soc. Coop.

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/67.

Manifestazione del consenso, ai sensi e per gli effetti dell’art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a seguito di presa visione delle informazioni di cui all’ art. 13 REG. UE 2016/679, acconsente al trattamento dei dati descritti anche in particolare di quelli sensibili, sin qui raccolti e che verranno raccolti nel proseguo delle attività istituzionali del Servizio integrato per minori e famiglie “Insieme per crescere”. Acconsento alla comunicazione dei dati e al relativo trattamento per gli adempimenti e le finalità sopra descritte.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma utente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_