

Modulo di iscrizione alla “La Stanza dei Genitori” Sostegno psicologico per famiglie in fase di separazione (figli minori)

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

L'intervento in oggetto è il sostegno psicologico per i figli al fine di:

- integrare l'evento “separazione genitoriale” senza traumi nel percorso di vita;
- far mantenere ai figli un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori.

Il percorso di aiuto consiste in 5 colloqui psicologici, della durata di circa 50 minuti, focalizzati sull'evento della separazione genitoriali e sui vissuti correlati ad essa.

COSTI

Il percorso ha un costo di 120 euro.

Io sottoscritto sig. _____ nato a _____

il ___/___/___ e residente in _____

Io sottoscritta sig.ra _____ nata a _____

il ___/___/___ e residente in _____

Genitori del minore: _____ nato a _____

il ___/___/___

Sono stato informato sui seguenti punti del presente modulo:

- SEZIONE A: CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE DELLO PSICOLOGO
- SEZIONE B: CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

SEZIONE A

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE DELLO PSICOLOGO

Prima di ottenere prestazioni professionali psicologiche in favore del minore _____

nato/a a _____ il ___/___/_____ sono stato informato sui seguenti punti:

- l'intervento psicologico in genere ha la finalità di migliorare il benessere psicologico;
- la prestazione che verrà offerta dallo psicologo responsabile del progetto è un sostegno psicologico specifico per la separazione genitoriale;
- il compenso per la prestazione offerta è predefinito dal tariffario dell'associazione Handling onlus;
- la durata globale dell'intervento al fine del raggiungimento degli obiettivi concordati è definita in 5 colloqui;
- in qualsiasi momento potrò interrompere la prestazione;
- lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Il/la Sig./Sig.ra _____ dichiara di aver compreso quanto spiegato/le dal professionista e qui sopra riportato e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del Dott. _____ come sopra descritte.

Nome e Cognome della Madre

FIRMA

Nome e Cognome del Padre

FIRMA

Luogo e data

SEZIONE B

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 _____ che:

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;
2. il trattamento dei mie dati personali, in forma anonima, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazioni e statistiche scientifiche;
3. 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. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti al trattamento;
8. il titolare del trattamento dei dati personali è la psicologa responsabile del servizio:

dott.ssa

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

Nome e Cognome della Madre

FIRMA

Nome e Cognome del Padre

FIRMA

Luogo e data

