

Modulo di iscrizione alla "Casa dei Piccoli"

Servizio di care-giving per l'infanzia 0-6 anni

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

La "Casa dei Piccoli" è un progetto di care-giving (accudimento e cura) per la prima infanzia.

Il progetto si compone di:

- Osservazione psicologica infantile e colloqui genitoriali di restituzione condotti da una psicologa;
- Interventi psicoeducativi di parola e di arte, condotti dalle operatrici di Handling onlus (educatrici d'infanzia e atelieriste, con formazione psicologica) su indicazione della psicologa.
- Care-giving del bambino per le ore di frequenza, tenuto dalle operatrici di Handling onlus con le qualifiche sopra specificate.

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: AUTORIZZAZIONE AL CARE-GIVING INFANTILE
- SEZIONE B: CONSENSO INFORMATO ALLA OSSERVAZIONE PSICOLOGICA INFANTILE
- SEZIONE C: CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

SEZIONE A

Nell'ambito del progetto "La Casa dei Piccoli" di Handling onlus, autorizzo l'/gli operatore/i, collaboratrici della Psicologa responsabile del servizio Dott.ssa _____, a:

- Vigilare sulla incolumità di mio figlio;
- Somministrare cibi e bevande a mio figlio;
- Provvedere alla sua cura e igiene personale;
- Scattare foto e registrazioni filmate per il solo uso interno al progetto ed eventuale consegna ai genitori come documentazione/ricordo dell'attività del bambino;
- Accompagnare il bambino fuori dalla sede di Handling onlus per eventuali attività che necessitino di spazi aperti.

(Nota: cancellare le voci che non si intendono autorizzare)

AVVERTENZA IMPORTANTE:

- Si invitano i genitori a comunicare tempestivamente eventuali problematiche di salute del figlio che coinvolgano i cibi o l'uso di prodotti per l'igiene personale, per scritto, con certificato del medico curante.
In assenza di tale comunicazione si deroga il personale di Handling Onlus da qualsiasi responsabilità in caso di danno per la salute del bambino.
- Al fine di fornire un servizio di qualità e di migliorarlo sempre, si invitano i genitori a comunicare eventuali problemi relativi alla salute psico-fisica del proprio figlio che possano coinvolgere il servizio.

Nome e Cognome della Madre

FIRMA

Nome e Cognome del Padre

FIRMA

Luogo e data

SEZIONE B

CONSENSO INFORMATO ALLA OSSERVAZIONE PSICOLOGICA INFANTILE

Prima di ottenere prestazioni professionali psicologiche in favore del bambino _____
nato/a a _____ il ___/___/_____ sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta dalla psicologa responsabile del progetto è una osservazione psicologica finalizzata al conseguimento di una valutazione e intervento per migliorare il benessere psicologico;
- 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 non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- in qualsiasi momento potrò interrompere la prestazione;
- lo psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Informato/a di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio fruisca del servizio per l'infanzia offerto da Handling onlus e della prestazione concordata con il/la dr/dr.ssa _____
iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Toscana al numero _____, o di eventuale sostituta, anch'essa psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi, in caso di sua impossibilità a erogare la prestazione.

Handling onlus inoltre, in accordo con le linee guida dell'Ordine degli Psicologi della Toscana, si impegna a:

- fornire ai clienti i dati che confermano il possesso della laurea e l'iscrizione all'Albo degli Psicologi della Toscana dei professionisti che erogano la prestazione professionale;
- rilasciare ai clienti la documentazione scritta relativa alla formazione ed all'orientamento teorico e metodologico del professionista suddetto;
- stabilire con i clienti un accordo chiaro relativo ai costi, alla durata ed agli obiettivi dei servizi e, su richiesta, a stipulare un accordo scritto;
- chiarire in futuro con il cliente gli eventuali aspetti non descritti nel dettaglio nell'accordo stipulato durante i primi incontri.

Nome e Cognome della Madre

FIRMA

Nome e Cognome del Padre

FIRMA

Luogo e data

SEZIONE C

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 miei 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

Presa 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

(Si allega fotocopia di un documento di identità valido per entrambi i firmatari.)

