

Modulo di iscrizione alla "Stanza dei Ragazzi" Aiuto psicologico individuale per difficoltà scolastiche (da 6 anni a 14 anni)

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

La Stanza dei Ragazzi è un servizio di aiuto psicologico individuale, specifico per difficoltà scolastiche. Consiste in incontri psicologici domiciliari oppure nella sede di Handling onlus.

Gli incontri della Stanza dei Ragazzi non sono "ripetizioni", ma un vero e proprio intervento psicologico che ha l'obiettivo generale di perseguire il miglioramento del benessere psicologico e i seguenti obiettivi specifici :

- Aiuto psicologico nello svolgimento dei compiti
- Incremento delle abilità cognitive che possono essere compromesse nei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA).
- Comprendere i vissuti negativi legati alla scuola che possono suscitare emozioni di rabbia, ansia e forte tristezza.
- Favorire relazioni soddisfacenti con il gruppo dei pari e con gli adulti di riferimento (genitori e insegnanti).
- Ridefinire più adeguatamente i propri obiettivi scolastici.

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 bambino _____
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 dalla psicologa responsabile del progetto è un sostegno psicologico specifico per il disagio scolastico;
- 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 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 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

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

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

