

MODULO PER CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI  
PSICOLOGICHE A MINORENNI

Io sottoscritto

\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Identificato mediante documento \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Numero di Telefono \_\_\_\_\_

Padre del minore \_\_\_\_\_

E io sottoscritta

\_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Identificata mediante documento \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Numero di Telefono \_\_\_\_\_

Madre del minore \_\_\_\_\_

In virtù della potestà genitoriale, diamo il consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali psicologiche di:

**sostegno psicologico mediante colloqui** di persona presso il plesso scolastico o tramite strumento digitale (whatsapp/skype)

Dello Psicologo Dottor Delmondo Marcello

Data \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dottor Delmondo Marcello Psicologo  
Numero iscrizione Ordine degli Psicologi del Piemonte 8413  
[3338600489-dottor.delmondo@gmail.com](mailto:3338600489-dottor.delmondo@gmail.com)

Sportello Psicologico scolastico presso Istituto Comprensivo di Govone

Si riceve il seguente preventivo:

ai sensi dell'art.9 comma 4 del D.L. n.1/2012 (convertito, con modificazioni, dalla L. n.27/2012, e modificato dal comma 150 della L. n.124/2017), si formula il preventivo di massima nei seguenti termini:

I colloqui e le attività di sportello psicologico sono finanziate dalla scuola e non verrà pertanto richiesto il pagamento delle prestazioni a chi usufruisce del servizio.

Il dott. Delmondo Marcello è assicurato con Polizza RC professionale sottoscritta con Allianz Milano Spa n. 500216747.

Siamo informati sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. Il dott. Delmondo è Titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali (è possibile richiedere copia estesa dell'informativa presso la segreteria della scuola o al Dottor Delmondo), consapevoli dei diritti che possiamo esercitare in base alla normativa sulla privacy, incluso quello di revocare il presente consenso, in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprimiamo il nostro libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali e, in qualità di titolari della responsabilità genitoriale, dei dati personali e di salute del minore \_\_\_\_\_ per tutte le finalità indicate nella presente informativa (per gestire i rapporti funzionali volti all'espletamento delle prestazioni sanitarie e/o l'incarico professionale richiesto; per adempiere ai conseguenti e correlati obblighi di legge amministrativi, contabili, o fiscali; per eventuali contatti legati alla prestazione professionale (telefonici, via posta ordinaria, via email, ecc.).

FORNISCONO IL CONSENSO

Autorizziamo inoltre il Dottor Delmondo a prendere contatti con gli/le insegnanti del minore \_\_\_\_\_ in caso di necessità.

AUTORIZZIAMO

Data \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_