



DediCare Centro di Psicologia
Via A.Vici n.12/B, Foligno
p.iva 03442950543

☎ 0742 23749
☎ 392 3504481
✉ info@dedi-care.it

CONSENSO INFORMATO SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Io sottoscritto/a sig./sig.ra _____
Nato/a a _____ il ___/___/_____
e residente in _____ via _____
Telefono _____ Codice Fiscale _____

- acconsento
 non acconsento

a partecipare allo sportello di ascolto e consulenza.

Sono stato/a informato/a dal/dalla dr./dr.ssa **Michela Forconi** iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione **Umbria** numero **1366**

sui seguenti punti:

- la prestazione offerta dal/dalla dr./dr.ssa _____ è una prestazione di CONSULENZA D'ASCOLTO PSICOLOGICO;
- a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e consulenza in ambito psicologico;
- la durata globale dell'intervento prevede un n° massimo di 3/4 incontri. La durata di ogni singolo incontro è variabile da un minimo di 20 minuti ad un massimo di 40 minuti;
- le modalità di accesso allo sportello d'ascolto psicologico verranno comunicate dalla segreteria della scuola;
- lo Psicologo è tenuto a rispettare il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;

Luogo e data _____

Firma _____

Firma Professionista _____



INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DATI
ART. 12 Regolamento (UE) 2016/679
Rev.2 del 01/05/2021

☎ 0742 23749
☎ 392 3504481
✉ info@dedi-care.it

**PER TRATTAMENTO EROGATI A SOGGETTI DI MAGGIORE ETÀ (FAR SOTTOSCRIVERE A CIASCUN SOGGETTO
RICHIEDENTE E/O COINVOLTO ALL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL' ART. 7
Regolamento (UE) 2016/679**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____, informato sull'identità del Titolare del trattamento e su quella di eventuali Responsabili, ricevuta l'informativa al trattamento di cui sopra comprensiva dell'elenco dei diritti dell'interessato,

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

ai sensi dell'art.7 e ss del Reg. UE 679/2016, al trattamento dei propri dati anche appartenenti a categorie particolari (art. 9 par. 1 del Reg. UE 679/2016) per le finalità e con le modalità di cui alle lett. A e C dell'informativa.

Si precisa che in mancanza del consenso non si potrà dar seguito al servizio richiesto.

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

all'utilizzo di immagini, video o altri materiali audiovisivi, contenenti l'immagine, il nome e la voce dell'Interessato, ai fini della redazione, presentazione, pubblicazione di studi e ricerche con finalità scientifiche, per le finalità e con le modalità di cui alle lett. A e C dell'informativa.

Si precisa che il mancato conferimento del consenso non consentirà l'utilizzo di quanto sopra precisato.

Data _____

Firma
