



CONSENSO INFORMATO ALLA CONSULENZA PSICOLOGICA PER I MINORI

Io sottoscritto sig. _____ nato a _____

il ___/___/_____ e residente in _____

Io sottoscritta sig.ra _____ nata a _____

il ___/___/_____ e residente in _____

prima di ottenere prestazioni professionali da parte del/la dottore/ssa _____

iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione _____ al Numero _____

Responsabile dell'Area Psicologica del Centro Federale Territoriale di _____

in favore del minore _____ nato/a a _____ il ___/___/_____

siamo stati informati sui seguenti punti:

- lo psicologo del CFT è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale;
- la prestazione che verrà offerta al minore è una **consulenza psicologica sportiva** finalizzata all'intervento per potenziarne il benessere psicologico legato all'attività sportiva;
- gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio, l'osservazione degli allenamenti e delle partite, tecniche di allenamento mentale, questionari di autovalutazione, gruppi di discussione

Informati di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio fruisca della prestazione

Luogo e Data _____

Firma Padre (leggibile)

Firma Madre (leggibile)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il D.Lgs. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa suindicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono stato altresì informato da dottore/ssa _____ Responsabile dell'Area Psicologica del Centro Federale Territoriale di _____ che:

1. Il trattamento dei dati acquisiti è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste nell'ambito delle attività previste dai programmi del Centro Federale Territoriale;
2. Il trattamento dei dati personali, *in forma anonima*, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazioni e statistiche scientifiche;
3. I dati saranno inseriti in un archivio informatico/cartaceo e potranno essere trattati anche da terzi: in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
4. I dati personali - compresi i dati 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 della famiglia- 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 consenso, il minore non potrà prendere parte alle attività dell'area psicologica proposte dal Centro Federale Territoriale;
7. il titolare del trattamento è il dr/dr.ssa: _____

Presa visione di tale informativa, dichiariamo:

Io sottoscritto _____, nato/a a _____ il _____ residente in _____ e la sottoscritta _____ residente in _____, Via _____, in qualità di esercente/i la potestà genitoriale / tutoria su _____, ho acquisito le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 D.Lg.s 196/2003: prestiamo/presto il nostro/mio consenso per il trattamento dei dati sensibili del minore _____, necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Luogo e Data _____

Firma Padre (leggibile)

Firma Madre (leggibile)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

INFORMATIVA sulla PRIVACY

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

- Al fine dello svolgimento dell'incarico professionale affidato al/la **dr./dr.ssa** _____ sarà necessario operare il trattamento dei dati personali e dei dati sensibili che verranno raccolti secondo modalità manuali e/o informatiche e, in ogni caso, idonee a proteggerne la riservatezza;
- Il conferimento dei dati è facoltativo, ma è necessario per l'instaurazione e la prosecuzione del rapporto professionale;
- I dati saranno trattati nel rispetto dei principi della correttezza, liceità e trasparenza dettati dal D.Lgs. 196/2003;
- I dati potrebbero essere resi accessibili alle Autorità, nonché a esperti fiscalisti solo sulla base di precisi doveri di legge; in tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire soltanto previo suo esplicito consenso;
- Il titolare del trattamento è **il dr./dr.ssa** _____ iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione _____ al Numero _____ e Responsabile dell'Area Psicologica del Centro Federale Territoriale di _____
- In ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003 che, di seguito, riportiamo per esteso:
 1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
 2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
 3. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) 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; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
 4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il/la sottoscritto/a, acquisite per iscritto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, conferisce al/la dr./dr.ssa _____ il consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili.

Data.....

In fede (firma leggibile)_____