Modulo consenso informato per screening “Arriviamo in tempo”

Si informano i Sig.ri genitori sui seguenti punti in relazione al **consenso informato e al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs 101/2018:**

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- *di seguito C.D.,* nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.;
2. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico *– (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);*
3. 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;
4. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato;
5. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l’integrità, l’accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale;
6. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**.

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe \_\_\_\_\_\_della scuola primaria/secondaria di

1° grado, del Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARANO

Di aver letto l’informativa allegata al presente modulo e di voler aderire al progetto screening per l’individuazione precoce dei disturbi dell’apprendimento

□ AUTORIZZANO LO SCREENING □ NON AUTORIZZANO LO SCREENING

esprimono il proprio libero consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

* FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data

Firma padre

Firma madre

Il test sarà somministrato da:

Dott.ssa Giovanna Pentagallo

Dr. Luigi Germano

Dott.ssa Valentina Roviezzo

Dott.ssa Giannattasio Martina