

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO MAGGIORENNI

per l'utilizzo dello "Sportello di Ascolto Psicologico"

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_ sez \_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
fornisco il consenso informato alle prestazioni professionali della **Dott.ssa RACHELE NANNICINI** nell'ambito del servizio di "Sportello di Ascolto Psicologico" attivato presso l'Istituto "B. Varchi".

Dichiaro di essere a conoscenza che:

- la prestazione che verrà offerta è una consulenza finalizzata ad una migliore comprensione delle dinamiche e delle problematiche personali che mi coinvolgono;
- lo strumento principale di intervento sarà il colloquio personale della durata di circa 30 minuti;
- la prestazione verrà effettuata nel rigoroso rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- il trattamento dei miei dati personali avviene con procedure idonee a tutelare la sua riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi; Il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di chiarimento e di aiuto per chi affluisce allo sportello; ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, l'interessato ha il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e può richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano, e conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_