



CONSENSO INFORMATO SCREENING E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto Sig. _____ nato a _____ il ____/____/____
e residente in _____

Io sottoscritta Sig.ra _____ nata a _____ il ____/____/____
e residente in _____

al fine di autorizzare la partecipazione allo screening a favore del minore _____

nato/a a _____ il ____/____/____, siamo stati informati che:

- la prestazione condotta dalla Dott.ssa Doriana Tripodi, Psicologa/Psicoterapeuta, consiste in uno Screening dei livelli di adattamento degli allievi;
- lo Screening non fornisce diagnosi o valutazioni cliniche di qualsiasi genere, rimandando ad altri contesti l'eventuale e successivo approfondimento di specifiche aree di apprendimento osservate come a rischio,

I dati personali e sensibili del minore che parteciperà allo screening sono coperti dal segreto professionale e saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (*Regolamento Europeo n. 679/2016*) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

I sottoscritti, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore sopra indicato:

- avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione;
- avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, esprimono il proprio libero consenso al trattamento degli stessi ai sensi del GDPR 2016/679.

Ai fini e alle modalità della stessa, autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad accedere allo Screening.

Luogo e data _____

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE
