



RAGGIO di SOLE
Percorsi e Interventi Ri-Abilitativi

CONSENSO INFORMATO VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA PER I MINORI

Genitore 1: lo sottoscritto sig. _____ nato a _____ il __/__/__ e residente in _____, tutore di _____

Genitore 2: lo sottoscritta sig.ra _____ nata a _____ il __/__/__ e residente in _____, tutore di _____

Tutore: lo sottoscritto sig./ra _____ nato/a a _____ il __/__/__ e residente in _____, tutore del minore _____, in ragione di _____. (indicare il provvedimento, Autorità emanante, data e numero) prima di ottenere prestazioni professionali da parte del/la dott. **Angelo Alex Semeraro** e la **Dott.ssa Anna Rizzi** che opera per conto di: - **S.O.S. Dislessia S.r.l.**, all'interno del proprio contesto professionale, in favore del minore _____ nato/a a _____ il __/__/__, sono stato/siamo stati informato/i relativamente alle seguenti condizioni che accetto/accettiamo:

la prestazione che verrà offerta è di tipo neuropsicologico e a fine di studio e ricerca;

informato di tutto ciò si acconsente alla valutazione.

Si informa che il centro SOS DISLESSIA e i Centri ad esso affiliati sono frequentati a scopo di formazione, ricerca, elaborazione tesi di laurea, da tirocinanti (Medici, Psicologi, Educatori professionali, Logopedisti, Fisioterapisti, Psicopedagogisti, ecc). Tali figure pertanto possono essere presenti ai percorsi diagnostici e/o riabilitativo-terapeutici, come previsto dalle convenzioni con gli enti formatori di appartenenza. Il materiale clinico rimane comunque custodito all'interno del Centro e coperto dal segreto professionale.

Lugo e data

FIRMA LEGGIBILE DI ENTRAMBI I GENITORI

NOTA: qualora uno dei due genitori, tutori legali rappresentanti del minore non possa essere presente alla valutazione, si chiede che il genitore presente porti copia di Documento d'Identità (firmata) del genitore assente



RAGGIO di SOLE
Percorsi e Interventi Ri-Abilitativi

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 30/06/2006 n° 196, sono/siamo stato/i altresì informato/i dal **dott. Angelo Alex Semeraro e la dott.ssa Anna Rizzi** che:

Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla sua attività di psicologo/medico/logopedista¹ per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali, amministrativi, contabili e fiscali;

il trattamento dei dati personali del minore, in forma anonima, è finalizzato a scopo di ricerca e statistiche scientifiche¹;

i dati saranno inseriti in un archivio informatico; il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;

i dati personali - compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli 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 - possono essere soggetti a trattamento solo con il mio consenso scritto;

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;

il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo/vostro consenso, dovrò/dovremo rinunciare alla prestazione;

i dati verranno conservati a scopo documentaristico per cinque. Oltre tale data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare attestazioni, certificazioni o simili riferiti alla valutazione neuropsicologica; il titolare della valutazione è²:

il Dott. Angelo Alex Semeraro e la dott.ssa Anna Rizzi.

Preso visione della presente informativa, attestiamo il nostro libero consenso al trattamento dei nostri dati personali.

Lugo e data

FIRMA LEGGIBILE DI ENTRAMBI I GENITORI

¹ Cancellare le voci che non interessano o modificarle e dettagliarle se necessario.

² Titolare: persona fisica o giuridica che decide circa le finalità del trattamento dati e la loro sicurezza (in questo caso: lo psicologo-psicoterapeuta).