

ISCRIZIONE A DOPOSCUOLA "TUTOR DELL'APPRENDIMENTO"
(da riconsegnare)

RIFERIMENTI ALUNNO

COGNOME _____ NOME _____ CLASSE _____
NATO A _____ IL: _____

RECAPITI PER CONTATTI

Tel Madre _____ Tel Padre _____
e-mail _____

Altri recapiti da contattare in caso di necessità e di non reperibilità dei precedenti:

AUTORIZZAZIONE COMUNICAZIONI WHATSAPP (solo per gli iscritti ai laboratori di gruppo negli Istituti Comprensivi)

Al fine di agevolare le comunicazioni autorizzo non autorizzo l'iscrizione al gruppo whatsapp con questo num. di telefono: _____

Sono consapevole che il gruppo verrà utilizzato soltanto dai gestori (i partecipanti non hanno possibilità di risposta nel gruppo, ma possono sempre scrivere privatamente ai referenti) e soltanto per comunicazioni logistiche e di interesse generale.

EVENTUALE DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO O IL RITIRO

PERSONE MAGGIORENNI DELEGATE ALL'ACCOMPAGNAMENTO E/O AL RITIRO DEL FIGLIO

(devono presentarsi con documento di identità e rispettare i criteri espressi dalle Linee Guida Regionali e sottoscritti nell'accordo "Gestore – Partecipante")

EVENTUALE AUTORIZZAZIONE USCITA DA SOLO

A U T O R I Z Z A N O

(barrare solo se interessati)

- il/la proprio/a figlio/a a LASCIARE DA SOLO/A la struttura al termine delle attività
- il/la proprio/a figlio/a a sostare all'ingresso nell'attesa di essere prelevato dai genitori o loro delegato

sollevando l'associazione Neuroscienze Insieme da ogni responsabilità.

data _____

Firma



TUTOR DELL'APPRENDIMENTO

Documento di accordo Gestore-Operatori-Partecipante

Il presente accordo è tratto dalle Linee Guida della Regione Veneto ed ha lo scopo di attuare una adeguata informazione su tutte le misure di prevenzione da adottare.

Gestore: Associazione Neuroscienze Insieme APS

Operatori e volontari: Volontari e collaboratori dell'Associazione Neuroscienze Insieme

Strutture Ospitanti: Casa Insieme (Thiene) o sede dell'Associazione (Marostica) o sede IC _____

Nome e cognome del minore: _____

Nome **Madre** _____ Nata a _____ il _____

Nome **Padre** _____ Nato a _____ il _____

- L'**accoglienza** avverrà nell'orario indicato, si raccomanda il puntuale rispetto degli orari. Si raccomanda di non creare assembramenti e di scaglionare l'accesso ai locali mantenendo una distanza di almeno 2 metri fra persone non facenti parte del proprio nucleo familiare. E' preferibile che l'accompagnatore sia sempre lo stesso genitore o la stessa figura di riferimento.
- L'**accesso** ai locali deputati alle attività dei partecipanti non è consentito ai genitori/accompagnatori. Sarà cura del Gestore accompagnare all'uscita i partecipanti e ai genitori/accompagnatori è fatto divieto di entrare nella struttura per il ritiro del partecipante. E' preferibile, per tutela della loro salute, che gli accompagnatori non abbiano superato i 60 anni.
- All'arrivo ad ogni partecipante e ad ogni genitore/accompagnatore sarà misurata la **temperatura** corporea. In caso di $T > 37.5$ °C il soggetto dovrà essere allontanato. In caso di febbre del genitore/accompagnatore il minore non potrà accedere al servizio.
- Agli operatori sarà misurata la temperatura quotidianamente e, in caso di $T > 37.5$ °C o di febbre di un suo componente familiare convivente, non potrà accedere al servizio.
- Il personale e i genitori sono invitati all'automonitoraggio delle condizioni di salute proprie e del proprio nucleo familiare. Se si evidenziano febbre, tosse, malesseri, è fatto obbligo di non accedere al servizio e ai locali e di rivolgersi telefonicamente al proprio medico.
- Nelle attività di gruppo sono garantiti i **rapporti** al massimo di 1:7 per bambini da 6 a 11 anni e di 1:10 per ragazzi da 12 a 17 anni. Per il progetto "Tutor dell'Apprendimento" i rapporti saranno di 1:2 o di 1:1, in base agli accordi.
- Non è consentito portare dall'esterno all'interno della struttura **oggetti o giocattoli**.
- Nelle attività di gruppo, la **composizione dei gruppi** di bambini sarà il più possibile stabile nel tempo e saranno evitate attività di intersezione tra gruppi diversi, mantenendo, per quanto possibile, lo stesso personale a contatto con lo stesso gruppo di minori.
- E' fatto obbligo di indossare sempre e costantemente per tutte le persone che accedono ai locali le **mascherine**. All'arrivo, prima e dopo l'uso della toilette, dopo aver starnutito o aver avuto un contatto mani-bocca, prima e dopo la merenda, è fatto obbligo di igienizzare le mani con il **gel a base alcolica** fornito dal gestore.
- I **locali** e gli **oggetti** usati per le attività saranno puliti e igienizzati con cadenza giornaliera e sarà sempre garantito il ricambio di aria.

Firme per presa visione e sottoscrizione dell'accordo

Firma Madre _____ Padre _____

Firma legale rappresentante _____

Firme Operatori _____

Data: _____

PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA TRA IL GESTORE DEL SERVIZIO PER L'INFANZIA E ADOLESCENZA "TUTOR DELL'APPRENDIMENTO" E LE FAMIGLIE DEI MINORI ISCRITTI

La sottoscritta Elena Passarin nata a Bassano Del Grappa il 4 ottobre 1976 e residente in via Roma 34/1 C.F. PSSLNE76R44E970P in qualità di **legale rappresentante** dell'Associazione Neuroscienze Insieme APS sita in via Roma 34 a Marostica

Il/la sottoscritto/a _____ E nato/a a _____

il _____, e residente in _____

C.F. _____

in qualità di **genitore** (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____ nato/a a _____

il _____, e residente in _____

C.F. _____

che frequenterà il suddetto servizio

entrambi consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA INERENTE LA FREQUENZA DEL MINORE _____ AL SERVIZIO SOPRA MENZIONATO, con il quale dichiarano di aver preso visione del documento "Linee di indirizzo per la riapertura dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza 0-17 anni" della Regione del Veneto e delle misure riassunte nel documento di ACCORDO GESTORE-OPERATORI-PARTECIPANTE e si impegnano ad attenersi alle indicazioni in essi contenute, nel rispetto degli interventi e delle misure di sicurezza per la prevenzione e il contenimento della diffusione di SARS-CoV-2.

In particolare, il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale), consapevole che, in età pediatrica, l'infezione è spesso asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

DICHIARA

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che il figlio, o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero che non è attualmente risultato positivo al COVID-19;
- di non aver avuto, nelle ultime due settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali: temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia;
- di non aver avuto, nelle ultime due settimane, contatti a rischio con persone affette da coronavirus;
- di auto-monitorare le proprie condizioni di salute, quelle del proprio figlio/a, dei familiari e conviventi (contatti stretti), avvalendosi anche del supporto del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta di riferimento;
- di, ogni qualvolta il genitore stesso o il proprio/a figlio/a o uno qualunque dei familiari e conviventi (contatti stretti) presenti sintomi sospetti per infezione da Nuovo Coronavirus (a titolo di esempio: febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.):
 - evitare di accedere al servizio, informando il gestore del servizio,
 - rientrare prontamente al proprio domicilio,
 - rivolgersi tempestivamente al Medico di Medicina Generale e/o al Pediatra di Libera Scelta di riferimento per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione delle procedure previste per l'esecuzione del tampone nasofaringeo;
- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), l'ente gestore provvede all'isolamento immediato e successivo allontanamento del minore, a cura del genitore o altro adulto responsabile, invitandolo a contattare immediatamente il Medico di Medicina Generale e/o al Pediatra di Libera Scelta per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione delle procedure diagnostiche;
- di essere consapevole che la frequentazione del servizio comporta il rispetto delle indicazioni igienico-sanitarie previste;

- di essere stato adeguatamente informato dagli organizzatori del servizio di tutte le disposizioni organizzative e igienico-sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da COVID-19 ed in particolare:
 - delle disposizioni per gli accessi e l'uscita dal servizio;
 - di non poter accedere, se non per situazioni di comprovata emergenza, all'area del servizio durante lo svolgimento delle attività ed in presenza dei bambini;
- di impegnarsi ad adottare, anche nei tempi e nei luoghi della giornata che il proprio figlio non trascorre al servizio, comportamenti di massima precauzione;
- di essere consapevole che nel momento di una ripresa di attività di interazione, seppur controllata, non è possibile azzerare il rischio di contagio che invece va ridotto al minimo attraverso la scrupolosa e rigorosa osservanza delle misure di precauzione e sicurezza previste dalle linee di indirizzo regionali per lo svolgimento delle attività; per questo è importante osservare la massima cautela anche al di fuori del contesto del servizio.

In particolare, il gestore, consapevole che, in età pediatrica, l'infezione è spesso asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

DICHIARA

- di aver fornito, contestualmente all'iscrizione, puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico-sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da COVID-19 e di impegnarsi, durante il periodo di frequenza del servizio, a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
- di impegnarsi a realizzare le procedure previste per l'ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienico- sanitarie previste dalla normativa vigente e dalle linee di indirizzo regionale;
- di non promuovere attività che comportino il contatto tra diversi gruppi di bambini nei quali è organizzato il servizio;
- di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di accertata infezione da COVID-19 da parte di un bambino o adulto frequentante il servizio, a ogni disposizione dell'autorità sanitaria.

La firma del presente patto impegna le parti a rispettarlo in buona fede. Dal punto di vista giuridico non libera i soggetti che lo sottoscrivono da eventuali responsabilità in caso di mancato rispetto delle normative relative al contenimento dell'epidemia COVID-19, delle normative ordinarie sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, delle linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini ed adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19, e dalle sopracitate linee di indirizzo regionali per la riapertura dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza.

Data _____

Il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) _____

Il responsabile del servizio _____

CONSENSO INFORMATO E PATTUIZIONE DEL COMPENSO ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE PER INTERVENTI CON MINORI

CENTRO INSIEME Studio Associato di Psicologia Dott. Diego Torresan e Dott.ssa Silvia Poli, codice fiscale e partita iva 04189170246, prima di svolgere la propria prestazione professionale a favore del minore, informa i genitori di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in un percorso di consulenza psicologica individuale **di gruppo**;
- con i seguenti obiettivi: psicoterapia valutazione psicodiagnostica sostegno psicologico abilitazione, potenziamento e riabilitazione neuropsicologica **rieducazione funzionale delle abilità di studio**;
- gli strumenti principali di intervento degli incontri saranno: colloquio psicoterapeutico test e prove standardizzate colloquio clinico esercizi di potenziamento **attività pratiche e mirate di tipo psicoeducativo per la rieducazione delle specifiche abilità connesse ai processi di apprendimento e di studio**;
- nel caso in cui il percorso psicologico non produca gli effetti desiderati sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- in qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale;
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge;
- potrebbero essere contattate, previo consenso, figure professionali inserite nella rete di cura ed educativa e sarà possibile discutere delle problematiche emerse in sede di supervisione clinica;
- la durata dell'intervento: non è definibile a priori sarà indicativamente di _____ incontri;
- gli incontri, in tutto o in parte, potranno essere realizzati anche da collaboratori dello studio;
- la prestazione potrà essere erogata in via telematica (video-conferenza, call telefonica, chat) tramite una piattaforma come Skype, Google Meet, Whatsapp o simili, in accordo con il cliente. In questo caso i requisiti sono un rigoroso rispetto della privacy e riservatezza, che richiede l'assenza di terze persone nella stanza, e il divieto di registrare o videoregistrare la seduta;
- gli importi variano a seconda dell'attività e dell'eventuale presenza di convenzioni con Enti o Associazioni secondo quanto sotto riportato:

Attività	Euro/orari (standard)	Euro/orari (per soci Neuroscienze Insieme)
Psicoterapia	<input type="checkbox"/> 75	<input type="checkbox"/> 65
Valutazione psicodiagnostica 500)	<input type="checkbox"/> 80 (in tot. min.400; max 600)	<input type="checkbox"/> 70 (in tot. min.350; max 500)
Sostegno psicologico e/o riabilitazione	<input type="checkbox"/> 65	<input type="checkbox"/> 55
Rieduc. abilità di studio (tutor individuale)	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 25
Riunioni a scuola comprese di tragitto	<input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 70

Altro (per i laboratori di doposcuola di gruppo costo variabile da 75 a 190 euro al mese: vedasi tabella allegata al regolamento)

- tali compensi sono comprensivi del 2% sul totale da destinarsi obbligatoriamente alla Cassa di previdenza ENPAP e alla eventuale marca da bollo di 2 euro per gli importi superiori a 77,47 euro.
- La fattura sarà emessa regolarmente **con cadenza mensile** dopo ogni seduta. Il pagamento del compenso dovrà avvenire tramite bonifico bancario entro 10 giorni dal ricevimento della fattura.
- La informiamo che ai fini della detraibilità della spesa in dichiarazione, il pagamento del compenso dovrà avvenire a mezzo strumenti tracciabili (Legge 160/2019).

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

in quanto genitori/tutori del/della minore _____

nato a _____ il _____

avendo ricevuto l' informativa di cui sopra ed essendo stati posti a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (Polizza N. 390096645 - GENERALI ITALIA Agenzia Marostica),
dichiariamo:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di esprimere il nostro consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca dell'intervento concordato con Centro Insieme;
- di aver pattuito il compenso come da preventivo sopra indicato, da intendersi comprensivo di tutti gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico ai sensi della *Legge 4 Agosto 2017 n. 124*, fatte salve le previsioni sopra indicate circa l'effettiva durata dello stesso.

In relazione all'obbligo di effettuare la trasmissione telematica delle spese sanitarie al portale on line "Sistema tessera sanitaria" come previsto dal D.Lgs. n. 175/2014 e successive modifiche, ai fini dell'elaborazione del mod.730/UNICO precompilato:

ACCONSENTIAMO alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al portale online "Sistema Tessera Sanitaria", ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175

CI OPPONIAMO alla trasmissione dei dati sanitari al portale online "Sistema Tessera Sanitaria"(art.4 Dm 16 settembre 2016).

Luogo e data _____

_____ Firma Padre

_____ Firma Madre

_____ Per Centro Insieme

N.B. Sono **obbligatorie le firme di entrambi i genitori** nei trattamenti rivolti ai minori

Dati per la fatturazione (INDICARE I DATI DEL MINORE e compilare tutti i campi):

codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

residente a _____

in via _____ n. _____, cap _____

Dati di contatto genitore: e-mail _____

Tel. _____

Desidero essere iscritto alla newsletter con le novità riguardo ad iniziative di Centro Insieme (es. corsi, conferenze): SI NO

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la presente Vi informiamo che, il Regolamento europeo 2016/679 (*General Data Protection Regulation, GDPR*) e il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (*Testo unico in materia di protezione dei dati personali*) hanno introdotto una specifica disciplina in materia di tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei **dati personali e sensibili**. Secondo la suddetta normativa, il trattamento dei dati deve essere eseguito secondo i principi di correttezza, trasparenza e di tutela della Vostra riservatezza e dei Vostri diritti.

1) Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati personali

Titolare del trattamento è CENTRO INSIEME STUDIO ASSOCIATO DI PSICOLOGIA DOTT. DIEGO TORRESAN E DOTT.SSA SILVIA POLI (di seguito indicato anche come "CENTRO INSIEME") con sede legale in Bassano del Grappa, via Colombo 102, codice fiscale e partita IVA 04189170246. Il Titolare può essere contattato mediante email all'indirizzo info@centroinsieme.org

2) Finalità del trattamento. La **base giuridica** del trattamento si fonda sul Vostro **Consenso manifestamente espresso** per l'esecuzione delle prestazioni professionali sanitarie strettamente inerenti l'attività di Psicologo. I Vostri dati personali (anagrafici, di contatto e di pagamento), i vostri dati sensibili (ivi compresi quelli sanitari), e quanto correlato agli interventi psicologici (per esempio, e con ciò senza limitare: esiti degli strumenti di valutazione psicologica, registrazioni audio e/o video, appunti personali del professionista) possono essere oggetto di trattamento solo con il Vostro consenso scritto, e per la finalità specifica per la quale sono raccolti.

In particolare, i vostri dati verranno trattati per le seguenti finalità:

- a) per gestire i rapporti funzionali volti all'espletamento delle prestazioni sanitarie e/o l'incarico professionale richiesto;
- b) per adempiere ai conseguenti e correlati obblighi di legge amministrativi, contabili, o fiscali;
- c) per eventuali contatti legati alla prestazione professionale (telefonici, via fax, via posta ordinaria, via e-mail, ecc.);
- d) per intervistazioni e supervisioni cliniche, **tutelando l'anonimato e non riconoscibilità della persona;**
- e) per eventuali presentazioni scientifiche o le pubblicazioni nelle riviste a carattere scientifico, previa ulteriore autorizzazione e tutelando l'anonimato e non riconoscibilità della persona.
- f) per gestire come dato aggregato statistiche di tipo scientifico, organizzative o contabili;
- g) per sottoporvi, in futuro, informazioni e/o inviarvi documentazione (per posta, sms, whatsapp o e-mail) relativamente all'attività professionale.

3) Modalità del trattamento. Il trattamento dei Vostri dati sarà improntato ai **principi di correttezza, liceità e trasparenza** e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la **sicurezza e la riservatezza**, con l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione (*crittografia, autenticazione di accesso, armadio di sicurezza...*), e con particolare tutela ex. Art.9 GDPR dei dati sensibili di natura sanitaria e/o relativi a minori.

4) Natura obbligatoria o facoltative del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere. Il conferimento dei dati da parte Vostra è facoltativo, ma in caso di rifiuto non sarà strutturalmente possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti.

5) Comunicazione dei dati a terzi. I Vostri dati saranno trattati dai Titolari e dagli eventuali Responsabili del trattamento nominati e dagli incaricati del trattamento strettamente autorizzati, in ogni caso attraverso l'adozione di misure tecnico-organizzative idonee a soddisfare il rispetto della normativa sulla privacy. I Vostri dati personali saranno trattati limitatamente al perseguimento degli scopi di cui all'incarico professionale conferito, e non saranno oggetto di comunicazione e/o diffusione a terzi, fatta eccezione per:

- Pubbliche Amministrazioni per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge o dai regolamenti;
- società/studi professionali che prestano attività di assistenza, consulenza o collaborazione in materia contabile, amministrativa, fiscale, legale, tributaria e finanziaria.
- terzi fornitori di servizi, in particolar modo di supporto informatico e di telecomunicazione (ad es. *Google, Dropbox*) per la mera gestione tecnica dei dati nelle comunicazioni o trattamenti di dati legati alle prestazioni.
- a seguito di ispezioni o verifiche, organismi di vigilanza, autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge.

6) Periodo di conservazione dei dati. I dati saranno conservati in maniera sicura per il tempo necessario ad adempiere alle finalità suddette, e per non oltre cinque anni dalla cessazione del rapporto professionale (come da indicazione Codice Deontologico, art.17) con eccezione dei dati anagrafici, di contatto e di pagamento che verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per 10 anni.

7) Profilazione e Diffusione dei dati. I Vostri dati personali non sono soggetti a diffusione né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato, ivi compresa la profilazione.

8) Diritto di accesso ai dati e altri diritti dell'interessato. Voi avete il diritto di ottenere la conferma che sia in corso o meno un trattamento dei Vostri dati e, in tal caso, di ottenere l'accesso a tali dati e alle seguenti informazioni: le finalità del trattamento; le categorie di dati personali trattati; i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; il periodo di conservazione dei dati personali previsto. Potete esercitare il diritto di rettifica, di integrazione dei dati incompleti, il diritto alla cancellazione dei dati personali che Vi riguardano. Avete il diritto di proporre reclamo innanzi alle autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali – www.garanteprivacy.it). Avete il diritto di revocare il Vostro consenso in ogni momento senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Ove applicabili, avete il diritto all'oblio, il diritto alla limitazione di trattamento, il diritto alla portabilità dei dati, il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che Vi riguardano.

9) Modalità di esercizio dei diritti. I suddetti diritti possono essere esercitati in qualsiasi momento inviando comunicazione scritta al Titolare del trattamento dei dati all'indirizzo mail info@centroinsieme.org

10) Altre specificazioni ai sensi del GDPR: Il titolare del trattamento non effettua in alcun modo la vendita o l'affitto di dati personali. Non è presente un processo decisionale automatizzato. I dati non sono utilizzati in nessun processo monitoraggio su larga scala. I dati non vengono conferiti a paesi fuori dall'Unione Europea e/o fornitori di servizi non armonizzati ai sensi del GDPR.

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti (padre) _____ (madre) _____

esercitando la potestà di genitore sul minore _____
presa integrale visione della presente informativa e del Consenso Informato, **esprimono il loro consenso** al trattamento dei dati personali e sanitari propri e del proprio figlio/a per gli scopi di cui all'incarico professionale conferito a Centro Insieme Studio Associato di Psicologia Dott. Diego Torresan e Dott.ssa Silvia Poli

Luogo e data _____

Firme leggibili

Padre

Madre