

Cognome e nome : _____

Terapeuta: _____

Recapito telefonico _____

Dichiarazione d'accordo

Con la presente mi dichiaro d'accordo che, per il caso sopra citato, certe informazioni in merito ai miei colloqui con il/la terapeuta _____ e quelli con l'Associazione EMDR Italia, possono essere scambiate tra il/la terapeuta ed l'Associazione EMDR Italia; questo se tali informazioni sono utili per la gestione del caso e per il controllo della qualità della prestazione. I colloqui offerti dal terapeuta sono a titolo gratuito e vengono forniti come supporto specialistico in emergenza a seguito dell'esposizione a un evento traumatico. Fino a un massimo di n° _____ incontri.

Inoltre il/la terapeuta informerà l'Associazione EMDR Italia in merito alle tematiche discusse e allo svolgimento delle sedute. Questo permette all'Associazione EMDR Italia di verificare la gestione accurata del caso e di garantire la qualità del servizio. Il servizio offerto è indirizzato al supporto e pertanto non include alcuna forma di valutazione e/o azione utile al fine valutativo nell'ambito di una qualsiasi azione da intraprendere in tal senso occorre che provveda personalmente a individuare altro professionista.

_____ Data

_____ Firma

_____ Cognome / Nome

Consenso Informato

A. *Adulti (o con età superiore o uguale a 18 anni)*

Il/la sottoscritto/a _____ autorizzo gli psicologi dell'associazione EMDR ad effettuare il supporto psicologico in emergenza.

Inoltre, autorizzo la raccolta e il trattamento dei dati sensibili ai sensi del D. LGS. 30 giugno 2003, n. 196 - per motivi di diagnosi, intervento, ricerca, trattamento e gestione di qualsiasi genere relativo alla professione dello psicologo, nel rispetto delle norme vigenti. Il trattamento dei dati sarà effettuato secondo modalità sia manuali, sia informatiche e in ogni caso, idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale. Il titolare del trattamento è l'Associazione EMDR Italia. Il responsabile del trattamento è l'associazione EMDR Italia. L'intervento di supporto non può fornire elementi di eventuale psicodiagnosi o valutazione utile ad alcun fine diverso da quello previsto dal sostegno offerto, in particolare non può fornire in alcun modo valutazioni utili ai fini peritali o forensi.

In ogni momento l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D. lgs.196/2003.

Firma

B. *Consenso dell'esercente la potestà in caso di trattamento di dati sensibili di minore o incapace di intendere/volere.*

Il/la/i sottoscritto/a/i e
il/la/i sottoscritto/a/i in
qualità di esercente/i la potestà genitoriale/tutoria su minore (o che ne fa le veci) autorizzo/iamo
gli psicologi dell'associazione EMDR ad effettuare il supporto psicologico in emergenza al/alla sig./
sig.ra.....

Inoltre, autorizzo la raccolta e il trattamento dei dati sensibili ai sensi del D. LGS. 30 giugno 2003, n. 196 - per motivi di diagnosi, intervento, ricerca, trattamento e gestione di qualsiasi genere relativo alla professione dello psicologo, nel rispetto delle norme vigenti. Il trattamento dei dati sarà effettuato secondo modalità sia manuali, sia informatiche e in ogni caso, idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale. Il titolare del trattamento è l'Associazione EMDR Italia. Il responsabile del trattamento è l'associazione EMDR Italia. L'intervento di supporto non può fornire elementi di eventuale diagnosi o valutazione utile ad alcun fine diverso da quello previsto dal sostegno offerto, in particolare non può fornire in alcun modo valutazioni utili ai fini peritali o forensi. .

In ogni momento l'interessato potrà esercitare i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D. lgs.196/2003.

Luogo.....

Data

Firma genitore (o chi ne fa le veci)

Firma genitore (o chi ne fa le veci)