

**INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO**  
**30 GIUGNO 2003, N. 196**  
**“CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”**

Con la presente La informo che, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali da Lei forniti saranno trattati esclusivamente per l'esecuzione di prestazioni professionali strettamente inerenti la mia attività di Psicologo e per potere adempiere ai conseguenti obblighi legali.

Esprime, dunque, il Suo consenso a che la dott.ssa Maria Iadicicco, Psicologa, proceda al trattamento dei dati personali del figlio/a \_\_\_\_\_, sullo stato di salute esclusivamente ai fini di prevenzione, di diagnosi, di cura e di abilitazione-riabilitazione in ambito psicologico, nell'ambito del **Progetto di supporto psicologico “LA SCUOLE TI AIUTA”** presso il IV circolo didattico Annunziatella, Castellammare di Stabia.

Le preciso che rifiutando tale consenso non sarò tuttavia in grado di svolgere la mia opera professionale e che pertanto dovrò rinunciare all'incarico conferitomi.

I dati personali c. d. “sensibili” non verranno comunicati o diffusi a terzi per nessun motivo e saranno da me trattati limitatamente al perseguimento di finalità terapeutiche.

Potrò esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. sopra citato e precisamente il diritto di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che la riguardano; la facoltà di ottenere la cancellazione, variazione ed integrazione dei dati;

Il Titolare e Responsabile del trattamento dei Suoi dati personali la Dott./ssa Maria Iadicicco Psicologo Psicoterapeuta.

Data

Firma

OGGETTO: Espressione di consenso ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

PADRE

MADRE

preso atto della presente informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il consenso al trattamento dei propri dati sensibili per gli scopi di cui all'incarico professionale conferito al Dott./ssa Maria Iadicicco

Data.....

Firma .....

Firma .....