****

**CONSENSO INFORMATO MINORI PER LA PARTECIPAZIONE**

**AL LABORATORIO LUDICO- ESPERIENZIALE**

**“IL GIOCO DELL’AUTOSTIMA”**

Il sottoscritto (cognome e nome del padre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La sottoscritta (cognome e nome della madre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In virtù della potestà genitoriale, diamo il consenso a che nostro/a figlio/a partecipi al laboratorio ludico-esperienziale “Il gioco dell’autostima” tenuto dalle psicologhe dott.ssa Stefania Caltieri e dott.ssa Silvia Panella iscritte all’Ordine degli Psicologi dell’Emilia Romagna rispettivamente con n.7211 e n.7079.

Il laboratorio si terrà nelle giornate di Sabato 25 Febrraio, 4-11-18-25 Marzo, 1-8 Aprile 2017 dalle ore 10:00 alle ore 12:30 presso lo Studio Rosa di Jericho sito in Via Costantino Dall’Argine 5 a Parma.

Il laboratorio proposto si basa sulla teoria della Plummer (2002), che individua sette componenti dell’autostima. In ogni incontro saranno proposti giochi e attività creative per affrontarle e potenziarle.

La prima parte di ciascun incontro sarà dedicata a giochi di preparazione per aiutare i bambini a sentirsi a proprio agio e riconosciuti da tutti i partecipati.

Il gioco dell’autostima è uno spazio in cui il gioco divertente e non competitivo favorisce l’espressione di sé, l’accettazione e il riconoscimento del proprio valore e di quello degli altri.

**Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partecipi al laboratorio ludico esperienziale “Il gioco dell’autostima”.**

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre Firma della madre

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(allega fotocopia di un valido documento di identità) (allega fotocopia di un valido documento di identità)***

Autorizzazione al trattamento dei dati forniti ai sensi del D. Lgs. 196/03

Il/la sottoscritto/a, in qualità di partecipante o genitore esercente la potestà sul minore o soggetto esercente la potestà sul minore, dichiara di essere informato, ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs n. 196/2003 ed in particolare

* presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini istituzionali e gestionali previsti dal laboratorio
  + Do il consenso □ Nego il consenso
* presta il suo consenso per la comunicazione dei dati personali per i fini istituzionali e gestionali previsti dal laboratorio
  + Do il consenso □ Nego il consenso
* presta il suo consenso per la diffusione dei dati personali per i fini istituzionali e gestionali previsti dal laboratorio
  + Do il consenso □ Nego il consenso
* presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili per i fini istituzionali e gestionali previsti dal laboratorio
  + Do il consenso □ Nego il consenso

Per quanto dichiarato sopra, il firmatario in qualità di genitore esercente la potestà sul minore o soggetto esercente la potestà sul minore:

Luogo e Data

,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 che Ella mi ha fornito saranno trattati esclusivamente per l’esecuzione di prestazioni professionali strettamente inerenti alla mia attività di Psicologo e per potere adempiere ai conseguenti obblighi legali. I suddetti trattamenti potranno essere eseguiti utilizzando supporti cartacei e/o informatici anche ad opera di terzi; in ogni caso il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

L’acquisizione dei Suoi dati personali, anche di quelli eventualmente 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, nonché di quelli idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere soggetto di trattamento solo con il Suo consenso scritto. 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 Suoi 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.

Ella potrà 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; l’attestazione che tale Sua richiesta è stata comunicata a terzi ai quali i Suoi dati sono stati comunicati.

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali e il/la Dottore/ssa.........................................................con studio in Via.............................. n....... CAP.................. Città.......................................................... Provincia................................

Il Responsabile del trattamento dei Suoi dati personali è il/la Dottore/ssa.........................................................domiciliata in Via.............................. n....... CAP.................. Città......................................................... Provincia................................

Data Firma

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

Il sottoscritto …………………………………………………………………………………………………..

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 Dottore/ssa.......................................................

Data………………………………. Firma…………………………………..