

CONSENSO INFORMATO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO - Minorenni

Io sottoscritta dott.ssa BARBARA GORINI (di seguito Psicologo), iscritta dal 2017 all'Ordine degli Psicologi della Regione LOMBARDIA con il n. 19.530,

prima di svolgere la propria opera professionale a favore del minore:

nome e cognome _____ nat* a
_____ il _____ residente a _____ in
via _____ n _____ CAP _____ CF
_____ (di seguito Cliente)

INFORMA

i Genitori / il Tutore del suddetto minore (nome e cognome del minore)
_____ di quanto segue:

1. la prestazione professionale che ci si appresta ad eseguire consiste in un supporto psicologico che sarà effettuato in presenza o a distanza, nel caso le disposizioni di legge lo prevedano;
2. la prestazione è gratuita in quanto rientra all'interno del progetto di ascolto psicologico fornito e finanziato dall'Istituto Paritario dei Padri Rogazionisti di Desenzano del Garda (BS);
3. durante i colloqui non saranno presenti terzi non autorizzati sia nella stanza del Cliente sia dello Psicologo;
4. i colloqui non potranno essere registrati né in audio né in video senza previo, espresso e reciproco consenso tra Cliente e Psicologo;
5. gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio di supporto psicologico e tecniche psico-corporee per la gestione dello stress;
6. il supporto psicologico potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura dello Psicologo informare adeguatamente il Cliente e valutare se proporre un nuovo/diverso percorso di supporto psicologico oppure l'interruzione dello stesso;

7. in qualsiasi momento il Cliente potrà interrompere la prestazione;
8. lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (reperibile sul sito dell'Ordine www.opl.it) che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del Cliente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge (Artt. 11 e seguenti C.D.).

Dopo avere ricevuto l'informativa di cui sopra ed essere stat* post* a conoscenza delle norme in materia di trattamento dei dati personali ex Regolamento UE 2016/679 e D.lgs 101/2018 (come da ulteriore documento sottoscritto e facente parte integrante del presente consenso):

La sig.ra _____ nata a _____
_____ il _____ e residente a _____
_____ in Via _____ n. _____
e

Il sig. _____ n
ato _____ a _____
_____ il _____
_____ e residente a _____
_____ in Via _____ n. _____

Genitori/Tutore del minore _____
(come sopra meglio identificato)

DICHIARANO

di avere adeguatamente compreso i termini della prestazione professionale come sopra sintetizzata e di accettare l'intervento concordato con la dott.ssa BARBARA GORINI

Luogo e data _____

Firma (madre) _____

Firma (padre) _____

Firma della Professionista

INFORMATIVA PRIVACY ex art. 13 Regolamento EU 2016/679

Siamo informati/Sono informat* sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679:

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito *GDPR*) prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
2. La sottoscritta dott.ssa Barbara Gorini è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici e di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, ecc.
 - Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio.
 - b. dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico.
 - Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il consenso è obbligatorio.

Con il termine *dati personali* si intendono le categorie sopra indicate, congiuntamente considerate. Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l'insieme dei *dati professionali*, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

3. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.
4. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
5. I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata.
6. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.
7. I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:

- a. dati anagrafici e di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili e successivamente per un tempo di 10 anni;
 - b. dati relativi allo stato di salute: saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo minimo di 5 anni (art.17 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).
8. I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso, e in particolare:
- a. dati anagrafici e di contatto: potranno essere accessibili a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di una delega scritta a terzi. Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche.
9. L'eventuale lista dei responsabili del trattamento e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
10. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR (come ad es. l'accesso ai dati personali nonché la loro rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e la trasmissione di tali dati a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.
11. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771
PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

I sottoscritti

(madre) nome e cognome

CF _____ residente in via _____ n _____ cap _____

Provincia _____ e-mail _____ tel. _____

(padre) nome e cognome

CF _____ residente in via _____ n
_____ cap _____

Provincia _____ e-mail _____ tel. _____

Genitori/Tutore de* minore

nome e cognome

CF _____ residente in via _____ n
_____ cap _____

Provincia _____ e-mail _____ tel. _____

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato riguardo al trattamento dei dati relativi allo stato di salute del minore

_____, esprimono il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali del minore _____ per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE /FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

Firma _____

Firma della Professionista
