

Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____, Cellulare _____
Mail: _____

[in questo spazio inserire tutti i dati della madre.]

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____, Cellulare _____
Mail: _____

[in questo spazio inserire tutti i dati del padre.]

affidandosi al dott Fabio Rechichi, psicologo iscritto all'albo dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia, è informato sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani
2. la prestazione offerta riguarda: colloqui di consulenza o supporto psicologico **all'interno del progetto di "Sportello di Ascolto Scolastico" presso la scuola secondaria di primo grado dell'IC Bologna – Bresso.**
Tali colloqui non hanno alcuna finalità diagnostica o terapeutica.
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da colloqui di consulenza psicologica
4. la prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologico clinico.
6. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione. Trattandosi di uno sportello di ascolto i colloqui sono ripetibili fino a un massimo di 4 incontri.
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando la propria volontà di interruzione;
8. il dott. Fabio Rechichi può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);
9. cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti

La prestazione è da considerarsi gratuita per i beneficiari in quanto rientra nella attività previste all'interno del progetto di "Sportello di Ascolto Scolastico" presso la scuola secondaria di primo grado dell'IC Bologna – Bresso.

Modello **Psy19** – prestazione rivolta a minori

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:**

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano 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. il dott. Fabio Rechichi è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. **dati anagrafici, di contatto e di pagamento** – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché informazioni relative al pagamento dell'onorario per l'incarico (es. numero di carta di credito/debito) e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
 - b. **dati relativi allo stato di salute**: i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale (o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) 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 conferito allo psicologo.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i **dati personali**.

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 prioritariamente secondo quanto previsto dal C.D.;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente allo psicologo.
4. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
5. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
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 dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:
 - a. **dati anagrafici, di contatto e di pagamento**: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi per un tempo di **10 anni**;
 - b. **dati relativi allo stato di salute**: verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dello stesso e comunque per un periodo minimo di **5 anni** (art.17 del C.D.) e non oltre il periodo di conservazione previsto per i dati anagrafici e di pagamento.
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, di contatto e di pagamento**: potranno essere accessibili anche a eventuali collaboratori, nonché 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 un consenso scritto a terzi (art. 12 C.D.). 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; in caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale (supervisioni, intervistazioni e/o riunioni di equipe), saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art.15 C.D.).
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 e D.Lgs. 101/2018** (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità ovvero diritto di ottenere copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico -in linea di massima trattasi solo di dati inseriti nel computer- e diritto che essi vengano trasmessi a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di norma, entro 30 giorni.
11. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi direttamente al dott. Fabio Rechichi 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,

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

Modello **Psy19** – prestazione rivolta a minori

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____

codice fiscale _____

(indicare i dati del minore)

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione e al preventivo suindicati.

FORNISCE IL CONSENSO

NON FORNISCE IL CONSENSO

Si precisa che la negazione del consenso impedisce l'erogazione della prestazione.

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

NON FORNISCE IL CONSENSO

Si precisa che la negazione del consenso o l'assenza delle firme di entrambi i genitori (esclusi i casi di affidamento esclusivo a un singolo genitore o ente) impedisce l'erogazione della prestazione.

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

Firma del Professionista
