



ANAGRAMMA  
PSICOLOGI ASSOCIATI

## CONSENSO INFORMATO ALLA CONSULTAZIONE PSICOLOGICA SPORTELLA A.S. 2022/23 - STUDENTI

La sottoscritta Dott.ssa Irene Del Medico, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia in data 26/03/2020 n. 22482, prima di rendere prestazioni professionali in favore del Minore

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_, fornisce le  
seguenti informazioni al/alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
cell. o e-mail \_\_\_\_\_ (genitore 1) e al/alla  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
cell. o e-mail \_\_\_\_\_ (genitore 2), esercenti la potestà genitoriale:

- la prestazione offerta è una consulenza psicologica gratuita finalizzata al sostegno e al potenziamento delle risorse e delle competenze personali, in un'ottica di promozione del benessere psicologico;
- le prestazioni saranno rese presso la scuola secondaria di I grado "IC-Cinque Giornate";
- le attività di ascolto verranno realizzate attraverso colloqui individuali di consulenza e non hanno carattere terapeutico;
- lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del cliente e quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale.

Le informazioni ricevute in merito alla presa in carico sono adeguate e comprensibili, dichiaro di aver ricevuto il materiale informativo specifico, dichiaro inoltre di essere stato informato della possibilità di revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento pertanto:

io sottoscritto/a ..... e io sottoscritto/a .....

Acconsentiamo /  Non acconsentiamo

alla presa in carico presso lo sportello psicologico attivato dalla scuola secondaria di I grado "IC-Cinque Giornate" e promosso dallo Studio Associato Anagramma.

Milano, il .....

Firma Genitore 1 ..... Firma Genitore 2.....

Firma rappresentante legale/tutore .....

Via San Siro, 27 • Cap 20149 • Milano • P. I. 08732730968

T: + 39 02.466381 • M: +39 338.3949815

W: anagrammapsicologi.it • M: info@anagrammapsicologi.it



ANAGRAMMA  
PSICOLOGI ASSOCIATI

### Osservazioni

La sottoscritta Dott.ssa Irene Del Medico, che svolge la propria prestazione psicologica presso lo Sportello Psicologico della scuola secondaria di I grado “IC-Cinque Giornate” e che ha acquisito il presente consenso, dichiara di aver verificato la piena comprensione da parte del destinatario di quanto sopra esposto in merito al presente intervento.

Firma .....

Milano, il .....

-----

### Revoca del consenso

Il presente consenso è stato revocato dal/la Sig./Sig.ra .....

in data ..... per il seguente motivo .....

.....

.....

.....

.....



ANAGRAMMA  
PSICOLOGI ASSOCIATI

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
**Informativa ai sensi del**  
**Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. 101/2018**

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.

Lo studio **Anagramma Psicologi Associati**, sito a Milano in via San Siro n. 27, è **Titolare** del Trattamento dei Dati di seguito chiamati "Comuni", raccolti ai fini dello svolgimento dell'incarico indicato nel relativo modulo di consenso, e ha nominato la **Dott.ssa Irene Del Medico**, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 22482, come "**Responsabile**" dei dati altrimenti specificati in seguito come "Personali":

- a. dati anagrafici, di contatto e (qualora previsti) di pagamento - informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché, qualora previste dalla natura dell'incarico, informazioni relative al pagamento dell'onorario per l'incarico e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile (**Dati Comuni**);
  - *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio.
- b. 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 (**Dati Personali**).
  - *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il consenso è obbligatorio.

Con il termine *dati personali* si intendono le categorie sopra indicate (lettera b), 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 C.D.

Si informa sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:**



ANAGRAMMA  
PSICOLOGI ASSOCIATI

1. 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.
2. 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.
3. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
4. 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.
5. 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**.
6. I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:
  - a. dati anagrafici, di contatto e (se previsti dalla natura dell'incarico) di pagamento: 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).
7. 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 (se previsti dalla natura dell'incarico) di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali collaboratori, nello specifico gli operatori di amministrazione, contabilità e gli specialisti dell'équipe di Anagramma che avranno accesso ai dati relativi alla gestione degli appuntamenti e alla fatturazione delle prestazioni;
  - b. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e - solo in presenza di una delega sottoscritta dall'interessato - a terzi. **Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi**. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche.



ANAGRAMMA  
PSICOLOGI ASSOCIATI

8. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
9. 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.
10. 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](mailto:garante@gpdp.it) - PEC: [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it) .



ANAGRAMMA  
PSICOLOGI ASSOCIATI

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato,

- per proprio conto
- nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- esercitando la rappresentanza legale sulla/sul Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- altro specificare \_\_\_\_\_  
*(in caso di interdetto)*

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

- FORNISCE/ FORNISCONO IL CONSENSO
- NON** FORNISCE/ FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma genitore 1 \_\_\_\_\_

Firma genitore 2 \_\_\_\_\_

*Timbro e firma del/della Professionista*

\_\_\_\_\_