

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

La/il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____, mail _____,
e

la/il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____, mail _____,

affidandosi alla dott.ssa CHIARA PUPINO iscritta all'ordine degli psicologi della Lombardia con n°8415 , contattabile all'indirizzo email chiara.pupino@bertacchi.it sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani - indicato di seguito con CD - nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del CD;
2. i principi etici e le norme del Codice Deontologico si applicano anche nei casi in cui le prestazioni vengono effettuate con il supporto di tecnologie di comunicazione a distanza;
3. la prestazione offerta riguarda attività di counseling psicologico;
4. la prestazione, da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione di definizione del bisogno e supporto psicologico, è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità e comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione e sostegno in ambito psicologico (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018)
5. **per il conseguimento dell'obiettivo, lo strumento principale è il colloquio clinico in presenza**
6. **non saranno presenti vicino all'utente e alla psicologa altre persone durante la consultazione psicologica, che avverrà in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati e il colloquio non dovrà in alcun modo essere registrato;**
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Chiara Pupino la volontà di interruzione;
8. la dott.ssa Chiara Pupino può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constatata 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 CD); la durata globale dell'intervento non è definibile a priori, pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione;
9. utente e psicologa sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui;
10. l'accesso al servizio di counseling psicologico non comporta alcuna spesa da parte dell'utente, in quanto il servizio rientra nelle attività proposte dalla scuola;

La dott.ssa Chiara Pupino è assicurata con Polizza RC professionale sottoscritta con Allianz spa tramite Cassa Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani n.505610972

Le/i sottoscritte/i sono inoltre informate/i 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. la dott.ssa Chiara Pupino è **Titolare** del trattamento dei **dati personali** raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici, di contatto-informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché 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 servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo;
3. 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.;
4. 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;
5. i dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche;
6. 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;
7. 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**;
8. 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: 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.
9. 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: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, 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 CD); 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 CD);
10. l'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta;
11. 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 in specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni;
12. 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.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____, classe _____

nata/o a _____ il _____,

residente a _____, in via _____,

codice fiscale _____, mail _____,

1. la/il sottoscritta/o **genitore/tutore 1**, sig. _____,
avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata, FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato riguardo 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, FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____ Firma _____

2. la/il sottoscritta/o **genitore/tutore 2**, sig. _____,
avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata, FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato riguardo 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, FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____ Firma _____

Firma della Professionista
