



CONSENSO INFORMATO TERAPEUTA INCARICATO

Aiuto psicologico, ricerca
e formazione

INFORMATIVA PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DI AIUTO PSICOLOGICO E SANITARIO AI SENSI DELL'ART.24 DEL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/ a _____ il _____
Residente a _____
Via _____
Affidandosi alla dott.ssa _____
In caso di soggetto minorenni o incapace
MADRE PADRE
Nome e cognome _____
Luogo e data di nascita _____
Residente a _____
Indirizzo residenza _____
DEL MINORE _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ in via _____
Sono/è informati/o/a sui seguenti punti:
1. Lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice deontologico del proprio Ordine Professionale.
2. La prestazione offerta riguarda: Colloqui psicologici
3. La prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione e/o sostegno in ambito psicologico (art 1 della legge n. 56/1989)
4. Per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato il colloquio psicologico della durata di 30 minuti per seduta.



Aiuto psicologico, ricerca
e formazione

CONSENSO INFORMATO TERAPEUTA INCARICATO

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 REGOLAMENTO UE 2016/679 o GDPR

Ai sensi dell'articolo 13 del GDPR lo scrivente o nel caso di terapie di coppia in co-conduzione entrambi i professionisti, (*Nome e cognome del/i Professionista/i*), è tenuto ad informarLa, rispetto ai trattamenti ai quali sottoporrà i dati personali che Lei stesso o altri ci forniranno o che si formeranno nel corso della Sua permanenza nella nostra struttura, circa:

1) FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati raccolti in diversi formati durante le sedute o gli incontri (documenti, certificati, immagini, registrazioni) vengono trattati ai seguenti fine strettamente terapeutico. All'interruzione del ciclo di terapia o in caso di cessazione uni o plurilaterale del contratto in essere la documentazione fornita e formata si verrà conservata secondo quanto disposto dalla normativa di riferimento quindi, se non richiesta, verrà anonimizzata irreversibilmente o eliminata.

2) MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

(*Nome e cognome del/i Professionista/i*) _____, è tenuto, durante la propria attività al rispetto della riservatezza, durante il proprio servizio garantisce l'applicazione applica le previste misure di sicurezza, sia logiche che fisiche. Il trattamento dei dati avviene sia in forma manuale che automatizzata. In particolare la forma automatizzata consente l'organizzazione dei dati per molteplici criteri di ricerca; tuttavia non vengono poste in essere estrazioni o aggregazioni di dati per finalità diverse da quelle dichiarate al punto precedente ne vengono fatte valutazioni basate unicamente sul trattamento automatizzato dei dati.

Solidare, società cooperativa sociale ONLUS è considerata co-titolare del trattamento ai sensi dell'art. 26 del REGOLAMENTO UE 2016/679., per quanto riguarda le prestazioni di organizzazione delle sedute, fatturazione, comunicazione verso enti pubblici.

3) NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZA DI UN EVENTUALE RIFIUTO

Il mancato conferimento dei dati necessari al perseguimento delle finalità che (*Nome e cognome del/i Professionista/i*) _____,

si propone potrebbe pregiudicare la qualità del servizio.

4) AMBITI DI COMUNICAZIONE

Per lo svolgimento delle attività descritte ai punti precedenti può rendersi necessaria la comunicazione dei dati acquisiti ai seguenti soggetti:

§ Ad enti pubblici in genere nel caso sia previsto da una norma;

§ A chiunque, a discrezione del Titolare, purché la comunicazione sia finalizzata alla tutela della salute dell'interessato o della collettività limitatamente alle informazioni pertinenti a tali finalità;

§ Ad aventi diritto che documentino la necessità e la titolarità della conoscenza.

§ Attualmente i dati anagrafici, di contatto e di pagamento saranno comunicati ai fini della dichiarazione dei redditi attraverso il flusso telematico del Sistema Tessera Sanitaria previa specifica autorizzazione.

§ Ad altri interessati o coinvolti al proseguimento della terapia e che perseguono o partecipano alla finalità del trattamento

5) DIRITTI DI CUI AGLI ARTICOLI DA 15 A 22

In qualità di interessato Lei ha facoltà di esercitare i diritti previsti dal GDPR (accesso, aggiornamento, cancellazione) rivolgendosi per iscritto al Responsabile del trattamento come riportato al punto successivo. Il testo integrale dell'articolo in oggetto può essere richiesto al responsabile del trattamento.

6) TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento dei dati è la scrivente.

Co-titolare del trattamento, per i dati raccolti durante le da lei effettuate è il professionista a Lei Assegnato

CONSENSO

Rispetto al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali dell'interessato nella forma e per le finalità descritte nella suddetta informativa, informato delle conseguenze di un mio eventuale rifiuto

☐ FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO ☐ NON FORNISCE/NON FORNISCONO IL CONSENSO

Rispetto alla conservazione dei dati personali e sensibili di cui all'art. 9 del Regolamento (UE) 679/2016 dell'interessato anche al termine della mia permanenza presso la Struttura come descritto al punto 2) INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 REGOLAMENTO UE 2016/679 o GDPR

Rispetto alla trasmissione dei dati al flusso telematico di Tessera Sanitaria

☐ FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO ☐ NON FORNISCE/NON FORNISCONO IL CONSENSO Luogo e data

Firma/a

Timbro e firma della/del Professionista

Firme

Timbro e firma della/del Professionista