

(Pagina 1 di 2)

**CONSENSO INFORMATO
ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE**

La sottoscritta dott.ssa MARA FLOREANCIG, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Friuli Venezia Giulia con il n. 1065, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del sig./della sig.ra _____, lo/la informa o informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in **incontri di sportello d'ascolto online o in presenza in una stanza dell'edificio scolastico** finalizzati al superamento di uno stato di disagio e possibilmente all'acquisizione di nuove modalità più adattive e soddisfacenti per affrontare la situazione oggetto di colloquio;
- lo strumento di intervento sarà il colloquio (corredato eventualmente e a discrezione della psicologa con video tratti da Youtube, Whatsapp per istruzioni sui colloqui successivi, ecc.);
- **la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati.** In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il Cliente e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa. In ogni caso in qualsiasi momento la prestazione potrà interrompere la prestazione, previa comunicazione da entrambe le parti;
- la prestazione online verrà fornita attraverso l'utilizzo di una applicazione online scaricabile da telefono cellulare o da pc;
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.
- la durata dell'intervento è di **30-45 minuti**; pur non essendo definibile a priori la durata dell'intervento, è ipotizzabile che esso si articolerà in 3-4 incontri e in ogni caso in base alle esigenze contingenti;
- **gli incontri sono gratuiti;**

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il
_____ e residente a _____ in Via
_____ n. _____ avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stato
posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (**Polizza n. 500216747, Allianz SpA**, massimale 1.500.000€), dichiara di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il dott. /la dott.ssa MARA FLOREANCIG

Luogo e data _____

FIRMA INSEGNANTE/GENITORE

FIRMA PSICOLOGA

(Pagina 2 di 2)

**INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ART. 13 e14 REG. UE 2016/679)**

La dott.ssa FLOREANCIG MARA, in qualità di titolare del trattamento dei Suoi dati personali, presterà particolare attenzione alla tutela della Sua riservatezza. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le informazioni che seguono.

I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da Lei forniti o raccolti nel corso dell'incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrà a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei Suoi diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla Sua riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

Come titolare del trattamento, vista la mia struttura organizzativa, non ho ritenuto di nominare un Responsabile per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 37 del Reg. UE 2016/679.

Il trattamento dei Suoi dati potrà avvenire con strumenti cartacei, in particolare lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico. Esclusivamente previo Suo consenso espresso anche oralmente prima della seduta, potrà essere effettuata la registrazione/videoripresa di alcune sedute, esclusivamente per fini inerenti all'incarico professionale.

I dati raccolti nei test, negli appunti, nelle eventuali registrazioni saranno conservati per finalità di prova dell'avvenuta prestazione, per valutazione della stessa nonché per essere eventualmente in un futuro comparati con altri dati a Lei riferibili, sempre per scopi professionali e in ogni caso verranno completamente eliminati al termine del trattamento.

Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale psicoterapeutica, finalizzata al conseguimento di una valutazione e intervento per potenziare il benessere psicologico tramite strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico.

Ogni singola tipologia di trattamento è finalizzata ad ottenere il miglior risultato secondo scienza e coscienza.

Il conferimento dei dati e delle informazioni richieste nel corso della prestazione è facoltativo, anche se l'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione della prestazione professionale.

Alcuni dati ed informazioni raccolte nel corso della prestazione potrebbero dover essere comunicati alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, esclusivamente sulla base di precisi obblighi di legge.

In caso di interventi di coppia ovvero di gruppo, alcune informazioni su situazioni, stati, circostanze, giudizi, aspetti della personalità conosciuti o emersi nel corso delle sedute, potranno essere parzialmente comunicati al partner o ai componenti del gruppo, esclusivamente per finalità di espletamento dell'incarico ricevuto.

Dati identificativi, contabili, fiscali inerenti la fatturazione della prestazione saranno trasmessi ad un commercialista di fiducia, tenuto anch'egli al segreto professionale.

I suoi dati personali non saranno trasferiti all'estero, verranno salvati esclusivamente per il tempo di durata della prestazione su supporto cartaceo mentre a fine prestazione verranno totalmente eliminati, tranne per quanto riguarda i dati di fatturazione della prestazione ed esclusivamente a fini contabili.

In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa Vostra esplicita richiesta.

L'interessato ha diritto :

- all'accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati
- ad ottenere senza impedimenti dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento
- a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca
- proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo marafloreancig@pec.it o lettera raccomandata a/r all'indirizzo via Marconi 7, 33047 Remanzacco (UD).

Preso atto dell'informativa, presto il mio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate.

Luogo, Data

Firma interessato