

## CONSENSO INFORMATO E CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE

La sottoscritta Dott.ssa Scream Cristina, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Friuli Venezia Giulia con il numero identificativo 2293, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del Sig./della Sig.ra \_\_\_\_\_, lo/la informa di quanto segue:

- La prestazione che ci si appresta ad eseguire riguarda un'attività di counseling psicopedagogico individuale in una prospettiva di prevenzione, promozione e tutela della salute e del benessere scolastico e personale. Nello specifico, sono finalizzate ad analizzare, insieme alla persona, la domanda di aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse.
- A tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. A tal fine, lo strumento principale di intervento sarà il colloquio psicologico, tutelato dal rispetto della riservatezza professionale.
- La durata complessiva dell'intervento sarà oggetto di valutazione e variabile in funzione delle caratteristiche del contesto, delle problematiche emerse degli obiettivi formulati. In linea generale, gli obiettivi e i tempi delle prestazioni erogate verranno concordati verbalmente.
- La consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. 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 qualsiasi momento il paziente/cliente potrà interrompere la prestazione. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto.
- Il professionista valuterà l'interruzione del rapporto nel caso in cui constati che non vi è alcun beneficio dall'intervento e che 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.).
- Le prestazioni verranno rese presso **le sedi scolastiche frequentate dal cliente/paziente o, in caso di particolari necessità, presso i locali della sede principale dell'Istituto Comprensivo Val Tagliamento, sito in Piazzale ai caduti n. 9 - 33021 Ampezzo (UD).**

In caso di necessità particolari, valutate dal professionista, le prestazioni saranno rese anche utilizzando servizi telematici in video conferenza (Google Meet), previo appuntamento e conferma delle autorizzazioni richieste. Durante il collegamento deve essere garantito che non siano presenti terze persone e che il colloquio non sia in alcun modo registrato.

- Per la fruizione del Servizio offerto è importante che ci sia un'attenta 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.
- 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.
- Il trattamento dei dati ha come scopo l'espletamento delle finalità di informazione e/o consulenza o comunque strettamente legati agli obiettivi dell'intervento.

Il Sig./La Sig.ra \_\_\_\_\_, nata a  
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_, in via \_\_\_\_, n°  
\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_, identificato/a  
mediante documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, valido fino al \_\_\_\_\_ (si allega  
copia), avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed esprimendo il proprio consenso dichiara:  
**di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare  
l'intervento concordato con la Dott.ssa Scream Cristina.**

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

Firma  
\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
(ART. 13 e14 REG. UE 2016/679 E D.Lgs. 101/2018)**

La Dott.ssa Scream Cristina, in qualità di titolare del trattamento dei Suoi dati personali, presterà particolare attenzione alla tutela della Sua riservatezza.

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. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le seguenti informazioni.

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.

Il titolare del trattamento, vista la propria struttura organizzativa, non ha 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 elettronici e cartacei, in particolare si ribadisce che lo strumento principale di intervento sarà il colloquio psicologico clinico. Esclusivamente previo Suo consenso espresso anche oralmente prima della seduta, potrà essere effettuata la registrazione/videoripresa delle stesse, 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.

Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale di counseling psicologico, finalizzato 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.

**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.**

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.

Previo suo consenso (da rendere attraverso il punto in calce alla presente) alcuni dati saranno trasmessi all'Agenzia delle Entrate, tramite flusso telematico del Sistema Tessera Sanitaria, ai fini dell'elaborazione del mod.730/UNICO precompilato. In ogni caso l'opposizione all'invio dei dati non pregiudica la detrazione della spesa. **Alcuni dati identificativi (nome, cognome, indirizzo, etc.) potranno essere comunicati ai Servizi Sociali del Comune di competenza, alla scuola, all'Azienda Sanitaria, alla Cooperativa di competenza a fini statistici ed informativi, in quanto la mia prestazione è stata commissionata dall'Istituto Comprensivo Val Tagliamento.**

Le specifico che dati, informazioni, situazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione non verranno mai comunicati e trasmessi ad alcuno. **Solo nel caso di specifiche situazioni di urgenza le specifico che alcuni dati, informazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione potranno essere trasmessi ai Servizi Sociali del Comune di competenza, alla scuola, all'Azienda Sanitaria, alla Cooperativa di competenza, al fine di organizzare interventi supportivi.**

In caso di terapia 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.

**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.**

Dati identificativi, contabili, fiscali inerenti alla 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, ma potranno essere salvati su server ubicati in Paesi dell'Unione Europea o verso Paesi terzi rispetto a quelli dell'Unione Europea che offrono idonee garanzie di sicurezza in conformità a standard secondo decisioni di adeguatezza della Commissione Europea.

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 **messaggio di posta elettronica certificata** indirizzata a: protocollo@pec.gpdp.it (questo indirizzo è configurato per ricevere SOLO comunicazioni provenienti da posta elettronica certificata) o lettera **raccomandata A/R indirizzata a: Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma.**

Visto e preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi allo stato di salute, presto il consenso per il trattamento dei dati personali, anche sensibili e giudiziari, necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate. Esprimo, inoltre, 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.

**O Fornisco il consenso**

**O Non fornisco il consenso**

---

Luogo, Data

---

Firma interessato