

CONSENSO INFORMATO SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO

Io sottoscritta dott.ssa ALESSANDRA POLETTI (di seguito Psicologo), iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione LOMBARDIA con il n. 7633, Assicurazione Allianz Polizza n. 500216747, prima di svolgere la propria opera professionale a favore di:

nome e cognome _____ nat* a
_____ il _____ residente a _____ in
via _____ n _____ CAP _____ CF
_____ (di seguito Cliente)

N. tel. _____

Contatto SKYPE _____

INFORMA

Il/La sig./ra (nome e cognome) _____ di quanto segue:

1. la prestazione professionale che ci si appresta ad eseguire consiste in un supporto psicologico che potrà essere effettuato in presenza o a distanza;
2. la prestazione è gratuita in quanto rientra all'interno del progetto di ascolto psicologico fornito e finanziato dall'Istituto Liceo Bagatta di Desenzano del Garda (BS);
3. durante i colloqui non saranno presenti terzi non autorizzati sia nella stanza del Cliente sia dello Psicologo;
4. i colloqui non potranno essere registrati né in audio né in video senza previo, espresso e reciproco consenso tra Cliente e Psicologo;
5. la prestazione verrà resa in presenza all'interno dell'istituto scolastico o in videochiamata attraverso la piattaforma (si prega di indicare la piattaforma prescelta):

Skype Contatto SKYPE _____

WhatsApp N. tel. _____

6. gli strumenti principali di intervento saranno il colloquio di supporto psicologico e tecniche psico-corpore per la gestione dello stress;
7. il supporto psicologico potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura dello Psicologo informare adeguatamente il Cliente e valutare se

proporre un nuovo/diverso percorso di supporto psicologico oppure l'interruzione dello stesso;

8. in qualsiasi momento il Cliente potrà interrompere la prestazione;
9. lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (reperibile sul sito dell'Ordine www.opl.it) che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del Cliente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge (Artt. 11 e seguenti C.D.).

Dopo avere ricevuto l'informativa di cui sopra ed essere stat* post* a conoscenza delle norme in materia di trattamento dei dati personali ex Regolamento UE 2016/679 e D.lgs 101/2018 (come da ulteriore documento sottoscritto e facente parte integrante del presente consenso):

Il/La sig./ra _____ nat* a
_____ il _____ e residente a
_____ in Via _____ n. _____

DICHIARA

di avere adeguatamente compreso i termini della prestazione professionale come sopra sintetizzata e di accettare l'intervento concordato con la dott.ssa ALESSANDRA POLETTI

Luogo e data _____

Firma _____

Firma della Professionista

INFORMATIVA PRIVACY ex art. 13 Regolamento EU 2016/679

Sono informat* sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679:

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito *GDPR*) prevede e rafforza 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 sottoscritta dott.ssa Alessandra Poletti è **titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici e di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, ecc.
 - *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio.
 - b. dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale 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.
 - *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il consenso è obbligatorio.

Con il termine **dati personali** si intendono le categorie sopra indicate, 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 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

3. 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.
4. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
5. 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.
6. 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**.

7. I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:
 - a. dati anagrafici e di contatto: 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).
8. 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 e di contatto: potranno essere accessibili 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 una delega scritta a terzi. 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.
9. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
10. 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.
11. 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 - PEC: protocollo@pec.gpdp.it .

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

Il/La sottoscritt*

nome e cognome

CF _____ residente in via _____ n _____ cap _____

Provincia _____ e-mail _____ tel. _____

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato riguardo al 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 propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

Firma della Professionista
