

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

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della madre.]

il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____

[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]

affidandosi alla dott.ssa Mariangela Inferrera, indirizzo di posta elettronica:
mariangelainferrera@comprensivogravitelli.edu.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 - di seguito C.D., 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 C.D.
2. la prestazione offerta riguarda colloqui psicologici, incontri di gruppo, colloqui di sostegno alla genitorialità, consulenza ai docenti;
3. la prestazione è da considerarsi complessa in quanto caratterizzata da prestazioni di: definizione dei bisogni dei ragazzi e delle famiglie, condivisione delle attività con referenti istituzionali, docenti ed Educatore professionale, interventi declinati attraverso l'utilizzo di molteplici strumenti e tecniche;
4. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o 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 saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: osservazione, colloqui psicologici, colloqui di supporto a genitori e docenti, attività con gruppi;
6. la durata globale dell'intervento *la durata globale dell'intervento non è definibile a priori* pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione .

7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Mariangela Infrerra la volontà di interruzione;
8. la dott.ssa Mariangela Infrerra può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata 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 C.D.);
9. cliente e professionista 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.

Sono /È informati/a/o 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 Mariangela Infrerra 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 e 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 valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i ***dati personali***.

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.;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito allo psicologo.
4. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.

5. 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.
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 dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:
 - a. dati anagrafici e 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.
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: i 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 C.D.). 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.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____

codice fiscale _____ (indicare i dati del minore)

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 e al preventivo suindicati.

☐ FORNISCE IL CONSENSO

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

☐ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data_____

Firma padre _____

Firma madre_____

Timbro e firma della/del Professionista
