Sportello di ascolto psicologico

Per prenotare inviare una mail alla responsabile del progetto dottoressa

Maria Cecilia Monge Roffarello

psicologa.empoliovest@gmail.com

MODULO DI CONSENSO ALLA PRESTAZIONE PER STUDENTI MINORENNI

1) Il genitore (nome)_____(cognome)_____

codice fiscale_____,

2) Il genitore (nome)_____(cognome)_____

codice fiscale_____,

affidandosi alla/al dott/dott.ssa Maria Cecilia Monge Roffarello,

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.

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 dottoressa Cecilia Monge Roffarello è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
   a. dati anagrafici, di contatto– informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo mail, 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.

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 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 anche a eventuali dipendenti, nonché 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.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

_____,

codice fiscale_____ *(indicare i dati del minore)*

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e modalità della stessa,

esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito alla prestazione suindicata

☐ 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 al proprio stato di salute, **esprime il proprio libero consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.**

☐ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data_____

Firma genitore _____

Firma genitore _____

(Nel caso di genitori separati è prevista la firma di entrambi i genitori ai sensi dell'. art. 155 Codice Civile, modificato dalla legge 8.2. 2006, n. 54)