

SPORTELLO ASCOLTO PSICOLOGICO
I.S.I.S L.DA VINCI-CARLI-SANDRINELLI
dott. Flavia Donadoni
dott. Sabrina Zuodar

CONSENSO INFORMATO
ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE
PER INTERVENTI CON MINORI

Il/La sottoscritto/a _____ identificato/a mediante documento:
_____ n° _____ rilasciato da _____ il _____

Il/La sottoscritto/a _____ identificato/a mediante documento:
_____ n° _____ rilasciato da _____ il _____

in quanto genitori del/della minore _____

oppure

in quanto tutori del/della minore _____ in ragione di (*indicare provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero*)

DICHIARANO

di essere a conoscenza che:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in una consulenza psicologica
- 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. In ogni caso, lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza;
- le prestazioni verranno rese attraverso piattaforme virtuali da concordare;
- in qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista tale volontà e si rendono disponibili sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- 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;

DICHIARANO INOLTRE:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di esprimere il nostro consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca dell'intervento concordato con il dott./la dott.ssa

Luogo e data _____

Firma _____

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

Le dott. Donadoni/Zuodar, responsabili dello Sportello di Ascolto, in qualità di titolari del trattamento dei Suoi dati personali, presteranno particolare attenzione alla tutela della Sua riservatezza. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desiderano 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 verrò 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 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 elettronici e cartacei., in particolare lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico e i test psicodiagnostici. 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

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.

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.

Alcuni Suoi dati identificativi (nome cognome) alla scuola I.S.I.S L.DA VINCI-CARLI-SANDRINELLI a fini informativi.

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.

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 mezzo pec all'indirizzo o lettera raccomandata a/r all'indirizzo

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 esercente potestà genitoriale

Firma esercente potestà genitoriale
