



Modulistica unica per la prestazione di consulenza psicologica

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____ residente a _____, in via _____

la sottoscritta _____, nata a _____ il _____ residente a _____, in via _____

sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. L'Associazione Agorà avrà la gestione dello sportello di ascolto presso la scuola
2. L'ascolto degli alunni sarà effettuato da uno psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi, che è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
3. la prestazione offerta riguarda: *consulenza psicologica*.
4. la prestazione è da considerarsi ordinaria.
5. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione e/o sostegno in ambito psicologico – (*art.1 della legge n.56/1989*);
6. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: *colloquio psicologico clinico*.
7. la durata globale dell'intervento è definibile in n. 4/6 incontri;
8. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto di consulenza;
9. le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti.
La prestazione è resa all'interno del progetto "Mi vedete? Intercettare il disagio" finanziato dalla R.A.S e, pertanto non comporta alcuna spesa per l'utente.

Sono /È informati/a/o 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. Il dott. MARCELLO DESSENA, Presidente dell'Associazione Agorà, è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - dati anagrafici, informazioni relative al nome, numero di telefono.
 - a. dati relativi allo stato di salute: i dati personali alla salute fisica o mentale sono raccolti direttamente, in relazione alla natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico.



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).
 - a. 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.
8. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
9. 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.
10. 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 .
- 11.



Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

per proprio conto

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____

nata/o a _____ classe _____

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/FORNISCONO IL CONSENSO NON FORNISCE/FORNISCONO 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, 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 _____

Firme _____

ASSOCIAZIONE AGORA'
