

CONSENSO INFORMATO e MODULO PRIVACY

PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

LICEO CLASSICO E LINGUISTICO G. CARDUCCI - VIAREGGIO

La sottoscritta dott.ssa Menchini Silvia, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana n. 9502, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso il Liceo Statale G. Carducci

PRECISA

- la prestazione che verrà offerta è una consulenza finalizzata al benessere psicologico, alla promozione delle potenzialità individuali ed alla crescita della persona; a tal fine verrà utilizzato come strumento principale di intervento il colloquio clinico;
- ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni, potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione – riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- gli obiettivi motivanti questo tipo di intervento riguardano l'ascolto, la prevenzione del disagio psicologico, relazionale e sociale e il potenziamento del benessere psicologico;
- la psicologa è vincolata al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare è strettamente tenuta al segreto professionale (Art.11) ed gli obblighi di legge previsti (Art.13);
- la prestazione si svolgerà presso la sede del Liceo Carducci.

INFORMA

che il D. lgs. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

In particolare e ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003, si specifica che

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 Dott.ssa Menchini Silvia 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 PEO e PEC. Il conferimento è obbligatorio. b. dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla nostra/mia 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. 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, di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali 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, 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.

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.

MAGGIORENNI

Il sottoscritto dichiara di aver compreso tutto quanto sopra esposto e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott.ssa Menchini Silvia presso lo Sportello di ascolto.

FIRMA _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver letto l'informativa della Privacy di cui ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003

LUOGO, DATA _____

FIRMA _____

MINORENNI

La Sig.ra Il Sig.

genitori del minorenne.....

Nato/a a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Menchini Silvia presso lo Sportello di ascolto.

FIRMA PADRE _____

FIRMA MADRE _____

I sottoscritti dichiarano inoltre di aver letto l'informativa della Privacy di cui ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003

LUOGO, DATA _____

FIRMA PADRE _____

LUOGO, DATA _____

FIRMA MADRE _____

In caso di firma di un solo genitore, la/lo stessa/o dichiara di avere effettuato la scelta con il consenso dell'altro genitore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non veritiere (D.P.R. 245/2000) e in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori