

CONSENSO INFORMATO SUPPORTO PSICOLOGICO

La Dott.ssa Milena Cobelli, iscritta alla sezione A dell'Albo degli Psicologi del Veneto al n. 9667 informa che:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nello svolgimento di sedute di consulenza finalizzate al supporto psicologico;
- strumento principale di intervento è il colloquio finalizzato a supportare i bisogni evolutivi degli studenti e delle studentesse a distanza;
- potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, le attività di abilitazione- riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- la consulenza verrà svolta applicando i seguenti modelli teorici/approcci/strumenti: colloquio finalizzato a supportare i bisogni evolutivi degli studenti e delle studentesse;
- lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (di seguito C.D.);
- in qualsiasi momento la persona assistita potrà interrompere la prestazione.
- L'intervento può essere interrotto, pur restando il vincolo al segreto professionale, anche dallo psicologo che potrà fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi, nei seguenti casi:
 - constatato che non vi è alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne potranno essere dal proseguimento dello stesso (art.27 del C.D.).
- La modalità della consulenza è stabilita come segue: in presenza.
- Quanto alla periodicità delle sedute, si conviene: a seconda della situazione e obiettivo. Tale periodicità è stabilita in via indicativa e potrà essere concordemente variata in relazione a diverse sopraggiunte necessità.
- Le consulenze avverranno in un luogo riservato e in assenza di terzi non dichiarati;
- sarà possibile effettuare la consulenza solo in presenza di valido consenso da parte del richiedente al trattamento dei propri dati personali o di coloro che esercitano la responsabilità genitoriale o di tutela, ai sensi del GDPR.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

per proprio conto

esercitando la rappresentanza legale o la responsabilità genitoriale sulla/sul sig.ra/sig.:

_____ nata/o a _____
_____ il _____ residente a _____
_____ in via _____ codice fiscale _____

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

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Luogo e data _____

Firma _____

N.B.: nel caso di minori, deve essere raccolto il consenso da parte di entrambi i genitori se, come avviene di regola, esercitano ambedue la responsabilità genitoriale.

Timbro e firma della/del Professionista

Informazioni sul trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (di seguito anche solo “GDPR”)

La dott.ssa Milena Cobelli, con sportello ascolto presso Liceo Girolamo Fracastoro via Moschini 11/a, Verona, titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell’incarico ricevuto dal proprio utente (sostegno e consulenza psicologica), pone la massima attenzione alla sicurezza e alla riservatezza dei dati personali.

QUALI DATI PERSONALI CHE LA RIGUARDANO POSSONO ESSERE RACCOLTI

- Possono essere raccolte le seguenti categorie di dati personali che La riguardano (con il termine “Dati personali” si intenderanno le categorie di seguito riportate, congiuntamente considerate):
- Dati anagrafici e di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo email.
- Eventuali dati relativi allo stato di salute coerenti con le finalità connesse allo sportello di supporto psicologico.

COME VENGONO RACCOLTI I SUOI DATI PERSONALI, FINALITÀ E PRESUPPOSTO DEL TRATTAMENTO

Lo Psicologo raccoglie e tratta i Suoi dati come segue:

Dati anagrafici, di contatto in occasione della prenotazione di un appuntamento per l’Incarico svolto. Presupposto per il trattamento: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento dei dati è obbligatorio per gestire la Sua richiesta; in difetto non potremo darvi corso.

Dati relativi al Suo stato di salute direttamente presso di lei nel corso dell’esecuzione dell’Incarico; Presupposto per il trattamento: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali che necessitano del suo consenso ex art. 9. 2 a) del GDPR.

Se Lei fornisce dati personali per conto di qualcun altro deve assicurarsi, preventivamente, che gli interessati abbiano preso visione del presente documento. Lo Psicologo Le chiede di aiutarlo a mantenere aggiornati i Suoi dati personali, informandolo di qualsiasi modifica.

COME VENGONO MANTENUTI SICURI I SUOI DATI PERSONALI

Lo Psicologo utilizza adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l’integrità e l’accessibilità dei Suoi dati personali. I Dati personali verranno trattati in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico e con strumenti comunque automatizzati, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, in ogni caso, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

PER QUANTO TEMPO VENGONO CONSERVATI I SUOI DATI I Suoi dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata. I Suoi 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. Qui di seguito riportiamo i tempi di conservazione in relazione alle differenti finalità sopra elencate:

- Dati anagrafici e di contatto: tali dati verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per 10 anni.
- Dati relativi allo stato di salute: I Suoi Dati relativi allo stato di salute saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell’Incarico ed al perseguimento delle finalità proprie dell’Incarico stesso e comunque per un periodo non superiore a 5 anni successivi alla conclusione dell’Incarico, fatto salvo quanto eventualmente previsto da norme specifiche.

CON CHI POSSIAMO CONDIVIDERE I SUOI DATI PERSONALI

I Dati relativi al Suo stato di salute verranno resi noti di regola direttamente a Lei o a persone diverse da Lei solo in presenza di una Sua delega scritta, adottando ogni mezzo idoneo a prevenire una

conoscenza non autorizzata da parte di soggetti anche compresenti. La comunicazione nelle mani di un Suo delegato è eseguita in plico chiuso. I Dati relativi al Suo stato di salute potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con ASL o Autorità Pubbliche o Assicurazioni. Ai Suoi Dati anagrafici, di contatto potranno avere accesso gli eventuali dipendenti debitamente autorizzati, nonché gli eventuali fornitori esterni, nominati, se necessario, responsabili del trattamento, che forniscono supporto per l'erogazione dei servizi. Se desidera chiedere di poter visionare la lista dei responsabili del trattamento e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati potrà farlo utilizzando i dati di contatto di seguito riportati. I dati possono essere condivisi con terzi fornitori di servizi, in particolar modo di supporto informatico e di telecomunicazione per la mera gestione tecnica dei dati nelle comunicazioni o trattamenti di dati legati alle prestazioni (ad es., files cifrati in cloud). In nessun caso a tali soggetti saranno resi noti dati relativi al suo stato di salute, alle terapie e/o ai trattamenti in corso, ai test effettuati e ogni altra informazione di carattere sanitario.”

CONTATTI

I dati di contatto dello Psicologo, quale titolare del trattamento, sono i seguenti:

sportelloascolto@liceofracastoro.edu.it.

I SUOI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI E IL SUO DIRITTO DI AVANZARE RECLAMI DINNANZI ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO

A certe condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'Incarico, Lei potrà esercitare i diritti di cui al GDPR (art. 15, 22). In particolare, sussistendone i presupposti, Lei avrà il diritto di chiedere

- l'accesso ai Dati personali che La riguardano, nonché la loro rettifica;
- la cancellazione dei Dati personali, ove concesso dalla normativa vigente;
- l'integrazione dei Dati personali incompleti;
- la limitazione del trattamento, ove concesso dalla normativa vigente;
- la copia dei Dati personali da Lei forniti, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (portabilità) e la trasmissione di tali Dati ad un altro titolare del trattamento;

L'esercizio di tali diritti soggiace inoltre ad alcune eccezioni finalizzate alla salvaguardia dell'interesse pubblico (ad esempio la prevenzione o l'identificazione di crimini) e di interessi dello Psicologo.

Nel caso in cui Lei esercitasse uno qualsiasi dei summenzionati diritti, sarà onere dello Psicologo verificare che Lei sia legittimato ad esercitarlo e Le sarà dato riscontro, di regola, entro 30 giorni. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei Suoi dati lo Psicologo farà ogni sforzo per rispondere alle sue preoccupazioni.

Tuttavia, se lo desidera, Lei potrà 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 Monte Citorio n. 121 - 00186 ROMA - Fax: (+39) 06.69677.3785 - Telefono: (+39) 06.696771 - Email: garante@gpdp.it - Posta certificata: protocollo@pec.gpdp.it.

CONSENSO

Il/La _____

sottoscritto/a

nato/a a _____

il _____

per proprio conto

esercitando la responsabilità di genitore sul minore

esercitando la legale rappresentanza sul

sig./sig.ra _____ altro specificare

_____ avendo ricevuto

apposita informativa al trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute o della persona sopra riportata, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per le finalità indicate nell'informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma leggibile _____

N.B.: nel caso di minori, deve essere raccolto il consenso da parte di entrambi i genitori se, come avviene di regola, esercitano ambedue la responsabilità genitoriale.

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"