

Modulistica unica per la prestazione professionale psicologica

Il/la/sottoscritta/o _____,
nato/a a _____ il _____ residente a _____
_____ in via _____, affidandosi

alla dott.ssa Rea Valentina, mail valentina.rea@icesperia.it in qualità di psicologa e psicoterapeuta iscritta all'Ordine Professionale degli Psicologi della Regione Lazio, numero iscrizione n. 25243, C.F. REAVNT88H56A433A, consulente psicologa presso l'Istituto Comprensivo di Esperia, è informata/o sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. La psicologa/psicoterapeuta è strettamente tenuta ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
2. La prestazione offerta riguarda consulenza e sostegno psicologico nell'ambito dello sportello di ascolto scolastico;
3. La prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione del disagio e sostegno al benessere psicologico degli allievi e allieve dell'Istituto Comprensivo di Esperia;
4. La durata globale dell'intervento è riferibile alla durata del progetto all'interno della scuola e alla richiesta che gli allievi e allieve faranno a riguardo;
5. In qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Rea Valentina tale volontà;
6. La dott.ssa Rea Valentina può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto qualora ritenesse che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non sia ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso.

Se richiesto potrà fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);

7. Le parti sono tenute all'osservanza delle procedure di svolgimento concordate; in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettarle, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui. Entrambe le parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti, qualora lo ritenessero opportuno.

Costi della prestazione professionale:

ai sensi dell'art.9 comma 4 del D.L. n.1/2012 (convertito, con modificazioni, dalla Legge n.27/2012, e modificato dal comma 150 della Legge n.124/2017), si formula il preventivo di massima nei seguenti termini:

- la consulenza, fornita all'interno del Progetto di Supporto Psicologico per alunni, famiglie e personale dell'Istituto Comprensivo di Esperia per l'a.s. 2020/21, è da intendersi come prestazione gratuita per l'utenza.
- La dott.ssa Valentina Rea è assicurata con Polizza RC terzi professionale: N. 500216747.

La/Il sottoscritta/o è inoltre informata/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. La professionista è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:

a. Dati anagrafici e di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, ecc. •*Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali.

Il conferimento è obbligatorio.

b. Dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla nostra/mia salute psico-fisica sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico. •*Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il consenso è obbligatorio.

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. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali, nonché procedimenti di anonimizzazione o distruzione qualora saranno ritenuti non più necessari;

4. 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, come previsto dalla legge e dal Codice deontologico degli Psicologi;

5. 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. I 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.

6. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.

7. 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 15a 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.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

() per proprio conto

() nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

_____ nato a _____

il _____ residente a _____ (FR) in Via _____

_____ esercitando la rappresentanza legale sull'alunno/a

_____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ i

in Via _____

altro specificare _____

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

- NON 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, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

- FORNISCE IL CONSENSO

- NON FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma dei genitori _____

Firma della professionista _____