

*Vademecum sulla
compilazione del
Consenso Informato e
Trattamento dei Dati
Personalizzati per l'accesso al
Servizio di Sportello di
Ascolto Psicologico
PER MINORI*

*Dr. Loris Della Pepa
I.C. Vittorino da Feltre - Torino*

1

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

I signori _____ e _____ in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in Via/Corso/Piazza _____ e frequentante la classe _____ presso l'I.C. Vittorino da Feltre – Plesso S.S. I Grado E.Fermi, presa visione dell'informativa, di seguito allegata, in merito a obiettivi e modalità di intervento relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili,

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

NON AUTORIZZA/NON AUTORIZZANO

l'alunno/a ad accedere alle attività dello Sportello di Ascolto qualora si presenti esigenza del medesimo/a o dell'Istituzione Scolastica.

Firma genitore 1 _____

Mail genitore 1 _____

Sono informati sui seguenti punti:

- lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani - di seguito C.D. e al Regolamento dello Sportello d'Ascolto dell'I.C. Vittorino Da Feltre. Nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto a entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.;
- la prestazione offerta riguarda la consulenza psicologica effettuata in presenza o, in caso di necessità, a distanza attraverso la piattaforma Google Meet e prevederà prevalentemente l'utilizzo dei seguenti strumenti: colloquio psicologico, osservazione, orientamento, formazione e approfondimento su tematiche specifiche al singolo, al gruppo e all'Istituzione, attività di screening, focus group, circle time e laboratori.
- la presente liberatoria ha durata per l'anno scolastico 2023/2024.

Firma genitore 2 _____

Mail genitore 2 _____

Inserire propri dati personali in qualità di genitore o di tutore del minore e i relativi dati di quest'ultimo.

2

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

I signori _____ e _____ in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in Via/Corso/Piazza _____ e frequentante la classe _____ presso l'I.C. Vittorino da Feltre – Plesso S.S. I Grado E.Fermi, presa visione dell'informativa, di seguito allegata, in merito a obiettivi e modalità di intervento relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili,

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

NON AUTORIZZA/NON AUTORIZZANO

l'alunno/a ad accedere alle attività dello Sportello di Ascolto qualora si presenti esigenza del medesimo/a o dell'Istituzione Scolastica.

Firma genitore 1 _____

Mail genitore 1 _____

Sono informati sui seguenti punti:

- lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani - di seguito C.D. e al Regolamento dello Sportello d'Ascolto dell'I.C. Vittorino Da Feltre. Nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto a entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.;
- la prestazione offerta riguarda la consulenza psicologica effettuata in presenza o, in caso di necessità, a distanza attraverso la piattaforma Google Meet e prevederà prevalentemente l'utilizzo dei seguenti strumenti: colloquio psicologico, osservazione, orientamento, formazione e approfondimento su tematiche specifiche al singolo, al gruppo e all'Istituzione, attività di screening, focus group, circle time e laboratori.
- la presente liberatoria ha durata per l'anno scolastico 2023/2024.

Firma genitore 2 _____

Mail genitore 2 _____

Barrare questa opzione per autorizzare il minore all'eventuale accesso al Servizio di Sportello di ascolto Psicologico.

3

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

I signori _____ e _____ in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in Via/Corso/Piazza _____ e frequentante la classe _____ presso l'I.C. Vittorino da Feltre – Plesso S.S. I Grado E.Fermi, presa visione dell'informativa, di seguito allegata, in merito a obiettivi e modalità di intervento relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili,

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

NON AUTORIZZA/NON AUTORIZZANO

l'alunno/a ad accedere alle attività dello Sportello di Ascolto qualora si presenti esigenza del medesimo/a o dell'Istituzione Scolastica.

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

Mail genitore 1 _____

Mail genitore 2 _____

Sono informati sui seguenti punti:

- lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani - di seguito C.D. e al Regolamento dello Sportello d'Ascolto dell'I.C. Vittorino Da Feltre. Nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto a entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.;
- la prestazione offerta riguarda la consulenza psicologica effettuata in presenza o, in caso di necessità, a distanza attraverso la piattaforma Google Meet e prevederà prevalentemente l'utilizzo dei seguenti strumenti: colloquio psicologico, osservazione, orientamento, formazione e approfondimento su tematiche specifiche al singolo, al gruppo e all'Istituzione, attività di screening, focus group, circle time e laboratori.
- la presente liberatoria ha durata per l'anno scolastico 2023/2024.

!!!ATTENZIONE!!! Non autorizzare l'accesso al minore impedirà a quest'ultimo/a di rivolgersi allo Psicologo così come partecipare a qualsiasi attività in presenza del professionista durante l'intero anno scolastico.

4

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEL MINORE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLO SPORTELLLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

I signori _____ e _____ in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoria dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in Via/Corso/Piazza _____ e frequentante la classe _____ presso l'I.C. Vittorino da Feltre – Plesso S.S. I Grado E.Fermi, presa visione dell'informativa, di seguito allegata, in merito a obiettivi e modalità di intervento relativa allo Sportello d'Ascolto Psicologico e al trattamento dei dati personali sensibili,

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

NON AUTORIZZA/NON AUTORIZZANO

l'alunno/a ad accedere alle attività dello Sportello di Ascolto qualora si presenti esigenza del medesimo/a o dell'Istituzione Scolastica.

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

Mail genitore 1 _____

Mail genitore 2 _____

Sono informati sui seguenti punti:

- lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani - di seguito C.D. e al Regolamento dello Sportello d'Ascolto dell'I.C. Vittorino Da Feltre. Nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto a entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.;
- la prestazione offerta riguarda la consulenza psicologica effettuata in presenza o, in caso di necessità, a distanza attraverso la piattaforma Google Meet e prevederà prevalentemente l'utilizzo dei seguenti strumenti: colloquio psicologico, osservazione, orientamento, formazione e approfondimento su tematiche specifiche al singolo, al gruppo e all'Istituzione, attività di screening, focus group, circle time e laboratori.
- la presente liberatoria ha durata per l'anno scolastico 2023/2024.

Entrambe i genitori/tutori del/la minore devono firmare prendendo visione degli interventi possibili. Qualora sussista situazione in cui è presente genitore unico firmatario fare riferimento al punto 8.

5

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO E RACCOLTA DEL RELATIVO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI DA PARTE DELLO PSICOLOGO NELL'ESPLETAMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE RICEVUTO DAL CLIENTE

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. Loris Della Pepa 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.
 - **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 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.
 - **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. 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 resi **anonimi 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/contabili 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.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/NON FORNISCONO IL CONSENSO

in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute e dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nell'informativa.

Luogo e data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

DA COMPILARE E FIRMARE SOLO IN CASO DI GENITORE UNICO FIRMATARIO/TUTORE

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia 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 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____

Barrare questa opzione per autorizzare il trattamento dei dati personali. Questa spunta si rende necessaria una volta consentito l'accesso allo Sportello Psicologico di cui al punto 2.

6

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO E RACCOLTA DEL RELATIVO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI DA PARTE DELLO PSICOLOGO NELL'ESPLETAMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE RICEVUTO DAL CLIENTE

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. Loris Della Pepa 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.
 - *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 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.
 - *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. 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 resi anonimi 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/contabili 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.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/NON FORNISCONO IL CONSENSO

in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute e dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nell'informativa.

Luogo e data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

DA COMPILARE E FIRMARE SOLO IN CASO DI GENITORE UNICO FIRMATARIO/TUTORE

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia 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 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____

!!!ATTENZIONE!!! Non fornire il consenso al trattamento dei dati personali impedirà al professionista di svolgere il lavoro di consulenza nel modo appropriato.

7

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO E RACCOLTA DEL RELATIVO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI DA PARTE DELLO PSICOLOGO NELL'ESPLETAMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE RICEVUTO DAL CLIENTE

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. Loris Della Pepa 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.
 - *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 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.
 - *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. 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 resi **anonimi 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/contabili 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.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/NON FORNISCONO IL CONSENSO

in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute e dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nell'informativa.

Luogo e data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

DA COMPILARE E FIRMARE SOLO IN CASO DI GENITORE UNICO FIRMATARIO/TUTORE

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia 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 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____

Apporre luogo, data e firme di entrambi i genitori o tutori del/la minore.

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO E RACCOLTA DEL RELATIVO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI DA PARTE DELLO PSICOLOGO NELL'ESPLETAMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE RICEVUTO DAL CLIENTE

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. Loris Della Pepa 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.
 - *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 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.
 - *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. 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 resi anonimi 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/contabili 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.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/NON FORNISCONO IL CONSENSO

in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute e dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nell'informativa.

Luogo e data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

DA COMPILARE E FIRMARE SOLO IN CASO DI GENITORE UNICO FIRMATARIO/TUTORE

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia 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 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____

Il genitore unico firmatario deve **OBBLIGATORIAMENTE** compilare anche questa parte del modulo per garantire l'accesso al Servizio di Ascolto Psicologico al minore.