

**Consenso informato per l'accesso allo Sportello di counselling familiare del progetto Or.co. digitsys c/o l' IC \_\_\_\_\_**

La sottoscritta \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
madre del minore \_\_\_\_\_  
affidandosi alla dott.ssa \_\_\_\_\_, psicologa  
iscritta all'Ordine degli Psicologi della Puglia/Basilicata, matricola n. \_\_\_\_\_  
dichiara di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a  
possa accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Sportello.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
padre del minore \_\_\_\_\_  
affidandosi alla dott.ssa \_\_\_\_\_, psicologa  
iscritta all'Ordine degli Psicologi della Puglia/Basilicata, matricola n. \_\_\_\_\_  
dichiara di prestare il proprio consenso affinché il/la  
figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese presso lo Spazio di Ascolto.

Sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani di seguito C.D, nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D;
2. la prestazione offerta riguarda colloqui di counselling psicologico all'interno dello sportello di ascolto;
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione/prestazioni di counselling psicologico;
4. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);
5. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio clinico, attività laboratoriali con i gruppi classe;
6. la durata globale dell'intervento sarà di massimo 5 colloqui;

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano 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 Consorzio Nova, capofila del progetto Or.Co. digitsys 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 e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;

b. dati relativi allo stato di salute: i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale (o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) 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 conferito allo psicologo.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i dati personali.

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 C.D;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente allo psicologo.

4. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.

5. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.

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 dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero:

a. dati anagrafici e di contatto: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili, quindi per un tempo di 10 anni;

b. dati relativi allo stato di salute: verranno tenuti per il tempo necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dello stesso e comunque per un periodo minimo di 5 anni (art.17 del C.D.) e non oltre il periodo di conservazione previsto per i dati anagrafici e di pagamento.

8. 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 e D.Lgs. 101/2018 (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità ovvero diritto di ottenere copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico - in linea di massima trattasi solo di dati inseriti nel computer- e diritto che essi vengano trasmessi 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,  
nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

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**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_

Firma madre \_\_\_\_\_

Firma della/del Professionista \_\_\_\_\_