

## Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18 per lo sportello di ascolto dell' I.C. PUCCINI

MADRE        la  
sottoscritta \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
n. di cell \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_

*[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili della madre.]*

PADRE        il  
sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
n. di cell \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_

*[N.B. in questo spazio inserire tutti i dati utili del padre.]*

affidandosi al Dr. GABRIELE DIMITRIO Psicologo e Psicoterapeuta, mat. 5883 Ordine degli Psicologi della Toscana, mail [ascoltopsicologico@icpuccini.edu.it](mailto:ascoltopsicologico@icpuccini.edu.it).

Sono informati sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. **E' premura dell'alliev\* annotare ogni appuntamento sul diario e, della famiglia, comunicare tempestivamente assenze all'incontro, pena la perdita del servizio, alla mail [ascoltopsicologico@icpuccini.edu.it](mailto:ascoltopsicologico@icpuccini.edu.it), con oggetto ASSENZA COLLOQUIO.**
2. 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.
3. la prestazione offerta riguarda *consulenza psicologica, colloqui psicologici, supporto psicologico, psicoterapia*
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 psicologico clinico, test psicodiagnostici di vario tipo, scale di valutazione, disegni, psicoterapia ad orientamento gestaltico.*

6. *la durata globale dell'intervento va da un minimo di uno ad un max di cinque incontri, salvo eccezioni, pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione.*
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando la volontà di interruzione; rimane necessario solo un ultimo incontro di chiusura.
8. Il dr. Dimitrio Gabriele può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);
9. cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.
10. La presente prestazione è a titolo gratuito per il minore e la sua famiglia, in quanto il servizio è offerto dall' I.C. PUCCINI che ha emanato un bando di concerto con l'Ufficio Scolastico Regionale e l'Ordine degli Psicologi della Toscana.

#### **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 **Dr. Gabriele Dimitrio** è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:  
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.; 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. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche. 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. 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**. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero: 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 e di pagamento: 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 un consenso scritto a terzi (art. 12 C.D.). 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; in caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale (supervisioni, intervistazioni e/o riunioni

di equipe), saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art.15 C.D.).

3. 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

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ *(indicare i dati del minore)*

della classe \_\_\_\_\_ coordinatore prof./ssa. \_\_\_\_\_

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

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

In caso di prestazione sanitaria per **l'invio all'Agenzia delle Entrate** dei dati anagrafici, di contatto e di pagamento tramite flusso telematico su Sistema Tessera Sanitaria, ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata.

NON FORNISCE IL CONSENSO

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

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

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