

Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____

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

il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____, in via _____
codice fiscale _____

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

codice identificativo/codice destinatario SDI oppure PEC (Posta Elettronica Certificata)

[N.B. in caso di soggetti privati inserire il codice "0000000"]

affidandosi alla Dott.ssa MARIA CELESTE CAPONI, psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Toscana al n° 9156 ; e-mail: **mceleste_caponi@hotmail.com** pec: **m.caponi@psypec.it**

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

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 sostegno psicologico in presenza e online; attività di gruppo/laboratori rivolti al gruppo classe da svolgere in orario scolastico; osservazioni sistematiche del gruppo classe e relative dinamiche da svolgere in orario scolastico;
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria;
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 sarà utilizzato il colloquio individuale; nelle attività di gruppo in classe saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: materiali cartacei, video esplicativi, disegni, attività di gioco, role playing;

Modello **Psy19** – prestazione rivolta a minori

6. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione;
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla Dott.ssa Maria Celeste Caponi (mceleste_caponi@hotmail.com) la volontà di interruzione;
8. la Dott.ssa Maria Celeste Caponi 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.);

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. La Dott.ssa Maria Celeste Caponi è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - i) Dati anagrafici
 - ii) Dati riferibili allo stato di salute

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.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

Modello **Psy19** – prestazione rivolta a minori

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore

_____ /
nata/o a _____ il _____
residente a _____ in via _____
codice fiscale _____ *(indicare i dati del minore)*

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

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

Timbro e firma della/del Professionista
