

Consenso informato per l'accesso allo Sportello D'Ascolto Psicologico (adulti)

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

affidandosi alla dott.ssa Paola Alicandro, psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Campania, matricola n. 5270

è informata/o 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.*;
2. la prestazione offerta riguarda colloqui psicologici all'interno dello sportello ascolto;
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione/prestazioni di: supporto psicologico;
4. la prestazione è finalizzata ad attività professionali 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 – (*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;
6. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori pertanto saranno comunicati e concordati verbalmente obiettivi e tempi della prestazione;

È informata 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 Paola Alicandro è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché informazioni relative al pagamento dell'onorario per l'incarico (es. numero di carta di credito/debito) 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 prioritariamente 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, di contatto e di pagamento: 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 norma, entro 30 giorni.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

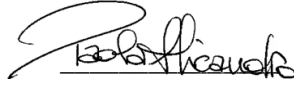
avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

Firma della/del Professionista

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Roberto...', is written over a horizontal line.