ANAGRAMMA
PSICOLOGI ASSOCIATI

CONSENSO INFORMATO ALLA CONSULTAZIONE PSICOLOGICA
SPORTELLO "WHAT'S UP?"

La sottoscritta Dott.ssa Marta Ruberl, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia in data 17/02/2006 n. 03/9431, prima di rendere prestazioni professionali in favore del Sig./Sig.ra_____ nato/a a _____ il___/___/_____ e residente in _____,

informa sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà offerta è una consultazione psicologica finalizzata al sostegno ed al potenziamento delle risorse e delle competenze personali, in un'ottica di promozione del benessere psicologico;

- le prestazioni saranno rese presso la scuola secondaria di I grado "Monteverdi";

- le attività di ascolto verranno realizzate attraverso colloqui individuali di consulenza e non hanno carattere terapeutico;

- lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del cliente;

Le informazioni ricevute in merito alla presa in carico sono adeguate e comprensibili, dichiaro di aver ricevuto il materiale informativo specifico, dichiaro inoltre di essere stato informato della possibilità di revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento pertanto:
io sottoscritto/a …… □ Acconsento / □ Non acconsento
e
io sottoscritto/a …… □ Acconsento / □ Non acconsento
alla presa in carico presso lo sportello "What's up?" attivato dalla scuola secondaria di I grado "Monteverdi" e promosso dallo Studio Associato Anagramma.

Milano, …….

Firma ……

Via San Siro, 27 • Cap 20149 • Milano • P. I. 08732730968
T: + 39 02.466381 • M: +39 338.3949815
W: anagrammapsicologi.it • M: info@anagrammapsicologi.it

Osservazioni

La sottoscritta Dott.ssa Marta Ruberl, che svolge la propria prestazione psicologica presso lo Sportello "What's up" della scuola "Monteverdi" e che ha acquisito il presente consenso dichiara di aver verificato la piena comprensione da parte del destinatario di quanto sopra esposto in merito al presente trattamento sanitario.

Firma ………………………………………………………
Milano, il ………………………………………………………

- -

Il presente consenso è stato revocato dal/la signor/ signora …………………………………………
in data …………………………. per il seguente motivo ……………………….………………………

ANAGRAMMA
PSICOLOGI ASSOCIATI

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003
E
Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

1. I dott. Marta Francesca Ruberl e Matteo Giosuè Tersigni, per lo Studio Associato Anagramma che promuove il progetto "What's up?" della scuola secondaria di I grado "Monteverdi", sono **titolari** 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, ecc.
   - *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.
   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.

2. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.

3. 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.

4. 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.**

5. I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:
   a. dati anagrafici, di contatto e di pagamento: 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).

6. 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, nello specifico gli operatori di reception, l'ufficio contabilità e gli specialisti dell'équipe di Futura che avranno accesso ai dati relativi alle fatturazioni delle prestazioni;
   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.

7. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visonata a richiesta.

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** (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.

9. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio

n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771 PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it .

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

- ☐ per proprio conto
- ☐ nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____ _____
- ☐ esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. _____ _____ *(in caso di interdetto)*
- ☐ altro specificare _____

1. 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/FORNISCONO IL CONSENSO
   - ☐ NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

2. 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/FORNISCONO IL CONSENSO
   - ☐ NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

Milano _____

Firma _____