

ISTITUTO COMPRENSIVO "G. PUECHER", ERBA (CO)
MODULO PER LA PRESTAZIONE PSICOLOGICA RIVOLTA AI MINORI

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

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

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sul minore _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

affidandosi alla dott.ssa ERIKA LIVIO, cell: 3381533052, mail: erika.livio1982@gmail.com, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia. matricola nr. 11976,

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

1. la prestazione verrà svolta in favore del minore _____;
2. la prestazione offerta riguarda una **consulenza psicologica** offerta all'interno dello Sportello di aiuto contro il bullismo e il cyberbullismo, dell'Istituto Comprensivo "G. Puecher", Erba (CO), svolta in presenza o in modalità on line;
3. Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.LGS. n. 196/2003, come modificato dal D.LGS. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP, si informa che la prestazione potrà svolta attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico.
4. le prestazioni on line verranno rese attraverso piattaforme di comunicazione a distanza quali Skype, Hangout di Google o altre;
5. Durante le sedute non saranno utilizzati meccanismi di registrazione dell'utente e non saranno presenti terzi non visibili nella stanza del paziente e del terapeuta;
6. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione del disagio, promozione del benessere e sostegno in ambito psicologico – (art.1 della legge n.56/1989);
7. la professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati;
8. per il conseguimento dell'obiettivo sarà utilizzato prevalentemente il colloquio psicologico clinico;
9. la durata globale dell'intervento è definibile in circa n. 3 incontri;
10. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Erika Livio la volontà di interruzione;

11. la dr.ssa Livio valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto clinico quando constatata che il cliente non trae alcun beneficio dalla cura, e non è ragionevolmente prevedibile che trarrà giovamento dal proseguimento della stessa. Se richiesto, fornisce al cliente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi.
12. La dott.ssa è vincolata al rispetto del **Codice Deontologico degli Psicologi Italiani**. In particolare è strettamente tenuto al Segreto Professionale. Lo psicologo può derogare da questo obbligo solo in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario, o salvo ben specifiche disposizione di Legge in situazioni eccezionali.
13. La dott.ssa Erika Livio è assicurata con **Polizza RC professionale** contratta dalla Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani, polizza n. 500216747.

Sono informati sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679:**

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito *GDPR*) prevede e rafforza 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 Erika Livio è **titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici e di contatto.
 - b. dati relativi allo stato di salute.
3. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
4. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.
5. 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.
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. 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 - indirizzo internet: www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docuweb-display/docweb/4535524,

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprimono il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione.

FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCE/FORNISCONO 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, esprimono 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

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

firma della Professionista
