

Modulo per la prestazione professionale psicologica

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____, in qualità di genitore/insegnante è informato/a 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 consulenza psicologica presso l'Istituto "Caterina Troiani" è gratuita per l'utente;
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione di supporto psicologico;
4. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione e sostegno in ambito psicologico 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 sarà utilizzato prevalentemente il seguente strumento: colloquio psicologico clinico;
6. la durata globale dell'intervento non è definibile a priori, si concorderanno di volta in volta obiettivi e tempi per una durata massima di 4 incontri (30 minuti ad incontro);
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Angela Morabito la volontà di interruzione;
8. le Parti sono tenute 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.

Sono/È informati/o/a sui seguenti punti 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 *Angela Morabito* è Titolare 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 PEC 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.

Allegato 2

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

☐ FORNISCE IL CONSENSO

☐ NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa;

a svolgere la consulenza psicologica con la dott.ssa Angela Morabito, presso lo "Sportello di Ascolto Psicologico" dell'Istituto "Caterina Troiani".

In fede,

Data _____