

CONSENSO INFORMATO ALLA CONSULENZA - SPORTELLO PSICOLOGICO

La sottoscritta **Dott.ssa Silvia Calanchi**, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 22174, prima di rendere le sue prestazioni professionali presso la scuola secondaria di II grado Istituto "Ettore Conti" in favore del seguente minore, regolarmente iscritto presso l'istituto durante l'A.S. 2025-26:

NOME COGNOME STUDENTE _____ **CLASSE** _____ nato/a
a _____ il _____ e residente a _____ in
via/piazza _____,

fornisce le seguenti informazioni ai soggetti esercenti la responsabilità genitoriale sul suddetto minore,
Sig./Sig.ra (*dati madre*) _____ nato/a a _____ il
_____ e a Sig./Sig.ra (*dati padre*) _____ nato/a a
_____ il _____;

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

- le attività di ascolto verranno realizzate attraverso colloqui individuali 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 e quindi, nel caso di specie, di chi esercita la responsabilità genitoriale, o salvo ben specifiche disposizione di Legge in situazioni eccezionali;

- tutti i dati raccolti saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento dell'attività professionale connessa al Servizio di Consulenza Psicologica, in osservanza alle normative vigenti in materia di Privacy (GDPR). A questo riguardo si invita a visionare l'informativa "Trattamento dei dati personali" allegata al presente modulo.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, avendo letto l'apposita informativa sul trattamento dei dati personali ed essendo a conoscenza della **possibilità di revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento**, esprime/esprimono il proprio libero consenso, barrando la relativa casella di seguito indicata:

☐ Acconsento

☐ Non acconsento

alla presa in carico presso lo sportello psicologico attivato la scuola secondaria di II grado Istituto Tecnico Industriale Statale Ettore Conti e promosso dallo Studio Associato Anagramma.

Milano, il

Firma Genitore 1 Firma Genitore 2.....

La sottoscritta **Dott.ssa Silvia Calanchi**, che svolge la propria prestazione psicologica presso lo Sportello della scuola secondaria di II grado Istituto Tecnico Industriale Statale Ettore Conti 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 intervento.

Milano, il _____

Timbro e firma del/della Professionista

Revoca del consenso

Il presente consenso è stato revocato dal/la Sig./Sig.ra.....
in dataper il seguente motivo
.....
.....
.....
.....



ANAGRAMMA
PSICOLOGI ASSOCIATI

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa ai sensi del

Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. 101/2018

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.

Lo studio **Anagramma Psicologi Associati**, sito a Milano in via San Siro n. 27, è **Titolare** del Trattamento dei Dati di seguito chiamati "Comuni", raccolti ai fini dello svolgimento dell'incarico indicato nel relativo modulo di consenso, e ha nominato la **Dott.ssa Silvia Calanchi**, Psicologa iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia in data 23/01/2020 n. 22174, come "**Responsabile**" dei dati altrimenti specificati in seguito come "Personali":

- a. dati anagrafici, di contatto e (qualora previsti) di pagamento - informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché, qualora previste dalla natura dell'incarico, 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 (**Dati Comuni**);
- *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio.
- b. 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 (**Dati Personali**).
- *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il consenso è obbligatorio.

Con il termine *dati personali* si intendono le categorie sopra indicate (lettera b), 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 e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal C.D.

Si informa sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:**

1. 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.
2. 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.
3. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.

4. 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.
5. 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**.
6. I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:
 - a. dati anagrafici, di contatto e (se previsti dalla natura dell'incarico) 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).
7. 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 (se previsti dalla natura dell'incarico) di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali collaboratori, nello specifico gli operatori di amministrazione, contabilità e gli specialisti dell'équipe di Anagramma che avranno accesso ai dati relativi alla gestione degli appuntamenti e alla fatturazione delle prestazioni;
 - b. dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e - solo in presenza di una delega sottoscritta dall'interessato - a terzi. **Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi**. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche.
8. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.
9. 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 eleggibile 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.
10. 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
- ☐ esercitando la rappresentanza legale sulla/sul Sig.ra/Si _____
(in caso di interdetto)
- ☐ altro specificare _____

Avendo ricevuto, letto e compreso apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato circa il trattamento dei dati relativi allo stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento dei dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa e previste dalla natura dell'incarico:

- ☐ FORNISCE IL CONSENSO
- ☐ **NON** FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____ Firma _____

Per Anagramma Psicologi Associati _____
Firma Del Professionista