

CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

Le sottoscritte: Dott.ssa **CELLITTI Enrica**, Psicologo/a iscritto/a all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.22044 e Dott.ssa **VOTA Ilaria** Psicologo/a iscritto/a all'Ordine degli Psicologi del Lazio n.23445 prima di rendere prestazioni professionali relative, allo Sportello di Ascolto, istituito presso l'Istituto Comprensivo Statale di Boville Ernica,, in favore di:

Minorenne.....
C.F.....nat... a..... il ___/___/___ e
residente a.....in via/piazza.....n.....

Forniscono le seguenti informazioni:

- le prestazioni saranno finalizzate al supporto psicologico del cliente, indagando le aree di maggior problematicità relative alla sfera relazionale, affettiva e scolastica/occupazionale, promuovendo un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- Per il conseguimento degli obiettivi potrà essere usato il seguente strumento: il colloquio psicologico clinico;
- Il professionista è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile in cartaceo presso la sede dell'Ordine ovvero on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.
- I dati personali e sensibili della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento. Tutto il materiale elaborato dal professionista resta di sua esclusiva proprietà. Il materiale prodotto nel corso del trattamento dalla persona assistita sarà restituito a sua richiesta.
- I benefici e gli effetti conseguibili mediante il supporto psicologico sono il miglioramento del benessere psicologico;
- Il/La sottoscritta dichiara di essere assicurata per RC professionale con polizza stipulata presso CAMPI – Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

I dati personali e sensibili, e quanto correlato agli interventi psicologici, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato, e per la finalità specifica per la quale sono raccolti.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono **dati professionali**, che saranno trattati secondo i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, dalla normativa vigente, dai regolamenti, dai codici di condotta.

Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione, pertinenza, responsabilizzazione e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque mediante l'utilizzo di procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione; nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Ai fini dell'erogazione della prestazione concordata il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché in mancanza non sarà possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti.

Dopo colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data ___/___/___, si invita la persona assistita a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Le Professioniste *Enrica Colletti*
Flavio

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenn.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del/della Dott./Dott.ssa come
sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

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

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenn.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazza n.....
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del/della Dott./Dott.ssa
come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

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

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___

Tutore del minorenn.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità
emanante,
data numero)

residente a
in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza
di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott.
.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore