***Allegato 3***

***Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a maggiorenni adulti***

La/il sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nata/o a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

affidandosi alla Dott.ssa Cristina Maltese – Psicologa, Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Lombardia N. 03/16255 e assicurata con Polizza RC Professionale CAMPI n. 500216747, consulente selezionata per il servizio di sportello d’ascolto dell’Istituto Comprensivo di Viale della Libertà di Vigevano, viene informato/a sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani

2. la prestazione offerta riguarda colloqui di supporto psicologico/consulenza psicologica

3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione di definizione del bisogno/consulenza psicologica/supporto psicologico

4. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989.

5. per il conseguimento dell’obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti:

colloquio psicologico clinico

6. la durata globale degli incontri non è definibile a priori

7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla Dott.ssa Cristina Maltese la volontà di interruzione.

8. la Dott.ssa Maltese può valutare ed eventualmente proporre l’interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall’intervento. Se richiesto, può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);

Sono /È informati/a/o 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 Maltese è Titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell’incarico oggetto di questo contratto:

a. dati anagrafici

b. dati relativi allo stato di salute

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i dati personali.

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 Codice Deontologico;

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, l’accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.

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 dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.

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

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato,

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, oltre che informazioni sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato sul trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione.

□ FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma della Professionista*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*