**Modulistica unica per**

**la prestazione professionale psicologica**

**I/la/il sottoscritti/a/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nati/a/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residenti/e a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ affidandosi alla/al dott.ssa Raffaella Catania, via D’Amico Rodriquez, 15 Milazzo, tel 340-7682701, e mail catania.raffaella@gmail.com, pec raffaella.catania.224@psypec.it,**

**sono/è informati/a/o sui seguenti punti in relazione al** consenso informato:

* **lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;**

* **la prestazione offerta riguarda CONSULENZA PSICOLOGICA**

* **la prestazione è da considerarsi ordinaria/complessa per i seguenti motivi:**

**ORDINARIA la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico *– (art.1 della legge n.56/1989);***

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

**COLLOQUIO CLINICO;**

* **la durata globale dell’intervento è definibile in:**

***[ndr: se non è possibile definire a priori il numero di sedute indicare che si concorderanno di volta in volta obiettivi e tempi*]**

* **in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Raffaella Catania la volontà di interruzione;**

* **la dott.ssa Raffaella Catania può valutare ed eventualmente proporre l’interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall’intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);**

* **le Parti sono tenute alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti che vengono concordati oppure all’inizio di ogni rapporto di consulenza e/o di psicoterapia. In caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l’appuntamento fissato, la Parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all’altra in tempi congrui. Entrambe le Parti si impegnano a rendere attivi e raggiungibili i propri recapiti rispettivamente forniti.**

**La prestazione è a titolo gratuito e viene erogata nell’ambito del Progetto Wonder, come concordato con l’Istituto Comprensivo Primo, Milazzo.**

**La dott.ssa Raffaella Catania è assicurata/o con Polizza RC professionale sottoscritta con CAMPI-ALLIANZ s.p.a. Milano.**

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

* **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.**

* La dott.ssa Raffaella Catania è **titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell’incarico oggetto di questo contratto:
* dati anagrafici, di contatto e di pagamento – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, nonché informazioni relative al pagamento dell’onorario per l’incarico (es. numero di carta di credito/debito), ecc.
* *Presupposto per il trattamento:* esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento è obbligatorio.
* dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla nostra/mia salute fisica o mentale 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.
* *Presupposto per il trattamento*: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il consenso è obbligatorio.

Con il termine ***dati personali*** si intendono le categorie sopra indicate, 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 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

* 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.

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

* 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.

* 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**.

* I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:
* dati anagrafici, di contatto e di pagamento: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili e successivamente per un tempo di **10 anni**;
* 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).

* 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:
* dati anagrafici, di contatto e di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l’erogazione dei servizi;
* dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all’interessato e solo in presenza di una delega scritta a terzi. Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche.

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

* 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 e leggibile 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.

* 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

 nell’esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(in caso di interdetto)*

*(in caso di interdetto)*

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 altro specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 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, esprime 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

In caso di prestazione sanitaria per **l’invio all’Agenzia delle Entrate** dei dati anagrafici, di contatto e di pagamento tramite flusso telematico su Sistema Tessera Sanitaria, ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata.

 NON FORNISCE/FORNISCONO IL CONSENSO

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

Firme/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Timbro e firma della/del Professionista***

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

***data firma***