

CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE

La sottoscritta dott.ssa FERNANDA ZANIER, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Friuli Venezia Giulia con il n. 675, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del sig./della sig.ra _____, lo/la informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste un colloquio psicologico finalizzato a migliorare lo stato di benessere, a valorizzare le risorse in essere, e far esprimere potenzialità e capacità;
- a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per le attività di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, lo strumento principale d'intervento sarà IL COLLOQUIO CLINICO;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- **le prestazioni per i genitori e il personale scolastico saranno effettuate in presenza, presso la sede dell'Istituto Comprensivo di TOLMEZZO e, se necessario, in modalità online, con piattaforma MEET;**
- in qualsiasi momento lei potrà interrompere la prestazione. In tal caso, lei si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e si rende disponibile sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- **lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.**
- la durata dell'intervento non essendo definibile a priori, è ipotizzabile POSSA ARTICOLARSI in DIVERSI INCONTRI O IN UN INCONTRO SOLO.
- Il colloquio dura al massimo un'ora (60 minuti).

Resta inteso, altresì, che il presente atto di conferimento di incarico professionale – anche in ragione della natura e della peculiarità delle prestazioni che ne costituiscono oggetto – viene stipulato sulla base di un numero presuntivo di incontri che, tuttavia, che è suscettibile di talune variazioni in relazione all'andamento del percorso da intraprendere. In tal caso, il professionista ne darà tempestiva informazione al paziente.

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ n. _____ avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista con Allianz S.p.A., Milano – Polizza n. 5_0_0_2_1_6_7_4_7. dichiara:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con la dott.ssa FERNANDA ZANIER.

Luogo e data _____

Firma _____

**INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ART. 13 e 14 REG. UE 2016/679)**

La dott.ssa **Fernanda Zanier**, in qualità di titolare del trattamento dei Suoi dati personali, presterà particolare attenzione alla tutela della Sua riservatezza. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le seguenti informazioni:

I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da Lei forniti o raccolti nel corso dell'incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrò a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei Suoi diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla Sua riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

Il titolare del trattamento, vista la propria struttura organizzativa, non ho ritenuto di nominare un Responsabile per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 37 del Reg. UE 2016/679.

Il trattamento dei Suoi dati potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei, in particolare lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico ed eventualmente dei test psicodiagnostici.

I dati raccolti nei test, negli appunti, saranno conservati per finalità di prova dell'avvenuta prestazione, per valutazione della stessa nonché per essere eventualmente in un futuro comparati con altri dati a Lei riferibili, sempre per scopi professionali.

Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale di consulenza psicologica, finalizzata al conseguimento di una valutazione e intervento per potenziare il benessere psicologico tramite strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico.

Ogni singola tipologia di trattamento è finalizzata ad ottenere il miglior risultato secondo scienza e coscienza.

Il conferimento dei dati e delle informazioni richieste nel corso della prestazione è facoltativo, anche se l'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione della prestazione professionale.

Alcuni dati ed informazioni raccolte nel corso della prestazione potrebbero dover essere comunicati alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, esclusivamente sulla base di precisi obblighi di legge. Alcuni Suoi dati identificativi (*nome cognome indirizzo ecc*) saranno comunicati all'**ISTITUTO COMPRENSIVO DI TOLMEZZO**, a fini statistici ed informativi, *in quanto la mia prestazione a Suo favore è stata commissionata dall'ISTITUTO COMPRENSIVO DI TOLMEZZO*. Le specifico che **dati, informazioni, situazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione NON VERRANNO MAI comunicati e trasmessi ad alcuno.**

I suoi dati personali non saranno trasferiti all'estero, ma potranno essere salvati su server ubicati in paesi dell'unione europea o verso paesi terzi rispetto a quelli dell'unione europea che offrono idonee garanzie di sicurezza in conformità a standard secondo decisioni di adeguatezza della Commissione Europea.

In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa Vostra esplicita richiesta.

L'interessato ha diritto :

- all'accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati
- a ottenere senza impedimenti dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento
- a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca
- proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo fernanda.zanier.676@psypec.it

Preso atto dell'informativa, presto il mio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate.

Luogo, Data _____

Firma interessato _____