

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA MINORENNI_ IC PALMANOVA

La sottoscritta dott.ssa **Severini Beatrice** Psicologa – Psicoterapeuta iscritta all’Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia in data 22/03/2012 n. 1493

Il sottoscritto dott. **Paolo Prelli** Psicologo-Psicoterapeuta iscritto all’Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia in data 21/03/2016 n. 1854

prima di rendere prestazioni professionali in favore del minore _____ nato/a a _____ il ___/___/___ e residente in _____

fornisce le seguenti informazioni

al Sig. _____ nato a _____ il ___/___/___ (padre del minore) e alla Sig.ra _____ nata a _____ il ___/___/___ (madre del minore), esercenti la potestà genitoriale:

- ai sensi dell’art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell’Ordine degli psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione – riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- 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, quindi, nel caso di specie, di chi esercita la potestà genitoriale;
- le prestazioni saranno finalizzate ad analizzare, insieme al minore, la domanda d’aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- gli strumenti principali di intervento saranno la “relazione” tra psicologo e cliente ed il colloquio clinico;
- la durata complessiva delle prestazioni è definita in un massimo di quattro incontri;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace e non in grado di produrre gli effetti desiderati (in tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori del minore e valutare se proporre strategie e/o percorsi presso altri professionisti);
- i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza psicologica sono il miglioramento del benessere psicologico e relazionale;
- in qualsiasi momento i genitori del minore potranno decidere di far interrompere al figlio il rapporto con il professionista;
- in qualunque momento lo Psicologo potrà decidere di interrompere la consulenza psicologica per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all’efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica per il cliente. Potrà anche consigliare ai genitori del minore di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;
- il percorso è gratuito

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ dichiarano di aver compreso quanto qui sopra riportato e decidono a questo punto con piena consapevolezza di prestare, in virtù della potestà genitoriale, il loro consenso affinché il figlio si avvalga delle prestazioni professionali della dott.ssa Severini/dott. Prelli come sopra descritte.

In fede

Luogo e data, _____

Firma (padre del minore)

Firma (madre del minore)

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

Il singolo professionista, 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 e 14 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 ha 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 e i test psicodiagnostici. Esclusivamente previo Suo consenso espresso anche oralmente prima della seduta, potrà essere effettuata la registrazione/videoripresa di alcune sedute, esclusivamente per fini inerenti all'incarico professionale.
- I dati raccolti nei test, negli appunti, nelle eventuali registrazioni 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 in oggetto, finalizzata al conseguimento di un miglior benessere 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.
- 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
- ad 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.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ dichiarano di aver compreso quanto qui sopra riportato e decidono a questo punto con piena consapevolezza di prestare, in virtù della potestà genitoriale, il loro consenso affinché il figlio si avvalga delle prestazioni professionali della dott.ssa Beatrice Severini /dott. Paolo Prelli come sopra descritte.

In fede

Data _____

Firma (madre del minore)

Firma (padre del minore)