



**ISTITUTO OMNICOMPRESIVO "Dante Alighieri"**  
Via Septempedana, s.n.c. - 06025 NOCERA UMBRA (PG)  
Tel. 0742/818860 - 0742/818701  
e-mail: [pgic82800p@istruzione.it](mailto:pgic82800p@istruzione.it)  
pec: [pgic82800p@pec.istruzione.it](mailto:pgic82800p@pec.istruzione.it)  
[www.scuolenoceraumbra.edu.it](http://www.scuolenoceraumbra.edu.it) - C.F. 83004080541



## Modulo CONSENSO INFORMATO per la prestazione professionale psicologica per maggiorenni

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

affidandosi alla dott.ssa Carla Ascani

- tel.392 9112508
- [carla.ascani@libero.it](mailto:carla.ascani@libero.it)

E' informato sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani – *in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale*;
2. la prestazione offerta riguarda la prestazione offerta riguarda: **CONSULENZA- SUPPORTO PSICOLOGICO ALL' INTERNO DEL PROGETTO SPORTELLO SCOLASTICO "SUPPORTO PASICOLOGICO"**
3. La prestazione che verrà offerta è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico , al sostegno della crescita e maturazione personale , al sostegno emotivo , affettivo e all' orientamento nei rapporti in genere e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto , e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza personale.
4. La prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti:  
**COLLOQUIO PSICOLOGICO**

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/il dott.ssa/dott. Carla Ascani è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
  - a. dati anagrafici, di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
  - b. dati relativi allo stato di salute: i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale ( o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) sono raccolti direttamente, in relazione alla attività "Supporto psicologico"  
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 prioritariamente secondo quanto previsto dal C.D.;

3. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente/cliente allo psicologo.
4. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
5. 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.
6. 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**.
7. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario della durata del trattamento**.
8. I dati personali potrebbero dover essere resi **accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie** sulla base di precisi doveri di legge come previsto dagli arti 12- 13 de Codice Deontologico degli Psicologi o su richiesta delle Autorità giudiziaria.

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

per proprio conto

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

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 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 IL CONSENSO

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

Firma \_\_\_\_\_

*Timbro e firma della/del Professionista*

\_\_\_\_\_