

CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO PER MINORI CHE ACCEDONO ALLO SPORTELLO DI ASCOLTO E DI INTERVENTO PSICOLOGICO A SCUOLA.

La sottoscritta dott.ssa Rosa Sgambato, Psicologa, iscritta/o all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 22602, (Via Concezione 20, San Felice a Cancellò (Ce), 3283410660, rosasgambato@psypec.it rosa.sgambato@yahoo.it

prima di rendere prestazioni professionali in favore degli alunni dell'I.S.I.S.S. "E.Majorana" S.Maria a Vico - Caserta (plesso Bachelet e plesso Majorana),

fornisce le seguenti informazioni:

Le prestazioni di

- consulenza
- sostegno psicologico

saranno rese presso l'I.S.I.S.S. "E.Majorana" S.Maria a Vico - Caserta (plesso Bachelet e plesso Majorana).

Le prestazioni non richiedono la partecipazione di altri professionisti.

Il professionista è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile in cartaceo presso la sede dell'Ordine ovvero on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo www.ordinepsicologilazio.it.

I dati personali e sensibili della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze dello Sportello di ascolto.

La sottoscritta dichiara di essere assicurata per RC professionale con polizza n. Polizza n. 78985735, Allianz SpA.

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 13 D.lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

La dott.ssa Rosa Sgambato, titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto, intende informare gli interessati in merito all'utilizzo dei propri dati personali:

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono *dati professionali*, che saranno trattati secondo i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, dalla normativa vigente, dai regolamenti, dai codici di condotta.

Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione, pertinenza, responsabilizzazione e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/ o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque mediante l'utilizzo di procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione; nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o
a..... il___/___/___

Tutore del...

Sig.
.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data
numero)

.....
residente a

.....
in via/piazzan.
.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena
consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del... dott.
..... come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente
informativa.

Luogo e data

Firma del tutore