Modulo per la prestazione professionale psicologica

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

affidandosi alla **dott.ssa Di Somma Sara** (iscritta all’Ordine degli Psicologi della Campania, n. 4811- mail: sara.disomma@titolivionapoli.edu.it), incaricata dalla Scuola Superiore di Primo Grado “Tito Livio” per lo svolgimento di attività di supporto psicologico per alunni, famiglie e personale scolastico

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

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani –

*di seguito C.D.;*

1. la prestazione offerta riguarda: supporto psicologico presso lo sportello di ascolto scolastico
2. la prestazione è finalizzata ad attività professionali di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende, di norma, tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 *– (art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018);*
3. per il conseguimento dell’obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologico clinico;
4. la durata globale dell’intervento è definibile in max n. 4 colloqui individuali della durata di 50 min.;
5. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla dott.ssa Di Somma la volontà di interruzione;
6. La dott.ssa Di Somma Sara è assicurata con Polizza RC professionale sottoscritta con Allianz S.p.A., Milano n. 500216747.

E’ informato 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 dott.ssa Di Somma Sara è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell’incarico oggetto di questo contratto:
	1. dati anagrafici e di contatto – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
	2. 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, ove necessario, in relazione alla richiesta di esecuzione dell’incarico conferito allo psicologo.

**Visto e compreso** tutto quanto sopra indicato, avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione.

* 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.

Luogo e data

Firma