

## **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI FORMAZIONE E TEAM BUILDING**

La sottoscritta Dott.ssa CASTELLAN LAURA, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 12241, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico SSD GODIGESE fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso SSD GODIGESE
- La/Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.it)
- I dati di contatto dello Psicologo, quale titolare del trattamento, sono i seguenti:

CELL: 3400529750

EMAIL: [laura.castellan@pecpsyveneto.it](mailto:laura.castellan@pecpsyveneto.it)

INDIRIZZO: Via Pasubio 17, Castello di Godego (TV)

### **Informazioni sul trattamento dei dati personali**

#### **Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (di seguito anche solo "GDPR")**

- I dati personali e particolari dell'atleta, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- Lo Psicologo utilizza adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei Suoi dati personali.
- I Dati personali verranno trattati in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico e con strumenti comunque automatizzati, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, in ogni caso, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.
- I Suoi dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata.

- I Suoi 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.
- **I Dati relativi al Suo stato di salute** verranno resi noti di regola direttamente a Lei o a persone diverse da Lei solo in presenza di una Sua delega scritta, adottando ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi. La comunicazione nelle mani di un Suo delegato è eseguita in plico chiuso. I Dati relativi al Suo stato di salute potranno essere condivisi, per le finalità connesse all'esecuzione dell'incarico professionale, con colleghi e/o tirocinanti, ai quali verrà, se del caso, conferita apposita nomina di responsabili del trattamento. Gli stessi dati potranno essere comunicati, in caso di obblighi di legge, ad ASL o Autorità Pubbliche o Assicurazioni.
- In relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, Lei potrà esercitare i diritti di cui al GDPR (artt. 15, 22).  
In particolare, sussistendone i presupposti, Lei avrà il diritto di chiedere
  - ✓ l'accesso ai Dati personali che La riguardano, nonché la loro rettifica;
  - ✓ la cancellazione dei Dati personali, ove concesso dalla normativa vigente;
  - ✓ l'integrazione dei Dati personali incompleti o la loro rettifica;
  - ✓ la limitazione del trattamento, ove concesso dalla normativa vigente;
  - ✓ la copia dei Dati personali da Lei forniti, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (portabilità) e la trasmissione di tali Dati ad un altro titolare del trattamento;

L'esercizio di tali diritti soggiace inoltre ad alcune eccezioni finalizzate alla salvaguardia dell'interesse pubblico (ad esempio la prevenzione o l'identificazione di crimini) e di interessi dello Psicologo. Nel caso in cui Lei esercitasse uno qualsiasi dei summenzionati diritti, sarà onere dello Psicologo verificare che Lei sia legittimato ad esercitarlo e Le sarà dato riscontro, di regola, entro 30 giorni. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei Suoi dati lo Psicologo farà ogni sforzo per rispondere alle sue preoccupazioni. Tuttavia, se lo desidera, Lei potrà inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni al Garante per la protezione dei dati personali.

***Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo***

***prima di sottoscriverlo.***

La/Il Professionista (firma)

*Laura Castellani*  
PSICOLOGA  
**Dott.ssa CASTELLAN LAURA**  
Via Pasubio n. 17 - tel. 3400529750  
31030 CASTELLO DI GODEGO (TV)  
Cod. Fisc.: CST LRA 95S52 C111D  
Partita IVA: 05269070263

**MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre del minore \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_ padre del minore \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig. \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Tutore del minore \_\_\_\_\_ in ragione di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ *(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)*  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del tutore \_\_\_\_\_

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore \_\_\_\_\_ dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (*se le attività sono svolte a distanza*).

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

Firma \_\_\_\_\_