

***Consenso informato e gestione dei dati
personali, preventivo di massima,
nell'intervento psicologico a distanza***



CONSENSO INFORMATO/PREVENTIVO DI MASSIMA CONSULENZA PSICOLOGICA A DISTANZA

La Dr. ssa Rosaria Timpone (di seguito lo “Psicologo”), iscritto/a alla sezione A dell’Albo degli Psicologi del Veneto al n.10947 informa che:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nello svolgimento di sedute di consulenza psicologica;
- strumento principale di intervento è il colloquio clinico a distanza;
- potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, le attività di abilitazione- riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- in qualsiasi momento la persona assistita potrà interrompere la prestazione. In tal caso, la stessa si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale (e viene invitata ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto).
- L’intervento può essere interrotto, pur restando il vincolo al segreto professionale, anche dallo psicologo che potrà fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi, nei seguenti casi:
 - in presenza di richieste ritenute non adeguate ad essere prese in carico con consulenza psicologica a distanza,
 - Constatato che non vi è alcun beneficio dall’intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne potranno essere dal proseguimento dello stesso (art.27 del C.D.).
- il compenso e la durata di ogni consulenza sono stabiliti come segue:
 - Tramite telefono ogni consulenza ha una durata di 60 minuti;
 - Tramite video-chiamata attraverso piattaforma Zoom o Skype e ogni video-consulenza ha una durata di 60 minuti.
- Nessun compenso è dovuto al professionista dal cliente in quanto tale attività viene svolta nell’ambito dello Sportello di Ascolto come da Protocollo di intesa tra il Ministero dell’Istruzione ed il CNOP per il supporto psicologico nella Scuola.

- Quanto alla durata dell'incarico, va precisato che la tipicità della prestazione professionale richiesta è tale da rendere difficilmente quantificabile al momento del conferimento dell'incarico la durata del trattamento, che verrà pertanto con Lei concordata in itinere).
- Quanto alla periodicità delle sedute, si conviene:
indicativamente 2 volte alla settimana.
Tale periodicità è stabilita in via indicativa e potrà essere concordemente variata in relazione a diverse sopraggiunte necessità.
- L'utente/cliente e professionista sono tenuti alla scrupolosa osservanza delle date e degli orari degli appuntamenti, in caso di sopravvenuta impossibilità di rispettare l'appuntamento fissato, la parte impossibilitata è tenuta a darne notizia all'altra in tempi congrui.
- Le consulenze a distanza avverranno per entrambi in un luogo privato, riservato e in assenza di terzi non dichiarati;
- Si potrà procedere ad audio e/o videoregistrazione delle sessioni soltanto a seguito di espresso e documentato consenso informato da parte dell'utente/cliente, che dovrà essere reso in un documento separato dal presente, nel quale il professionista indicherà lo scopo e le finalità della audio e/o videoregistrazione. Allo stesso modo l'utente/cliente si impegna a non effettuare alcuna audio e/o videoregistrazione delle sedute in assenza di specifico ed espresso consenso da parte del professionista
- Sarà possibile effettuare la consulenza a distanza solo in presenza di valido consenso da parte del richiedente al trattamento dei propri dati personali o di coloro che esercitano la responsabilità genitoriale o di tutela, ai sensi del GDPR;
- lo psicologo non è responsabile in alcun modo dell'uso fraudolento ed illecito del proprio sito o dei dati digitali riferiti alle presenti attività e dei propri servizi che possa esser fatto da parte di terzi;

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

() per proprio conto

() esercitando la rappresentanza legale o la potestà genitoriale sulla/sul sig.ra/sig.:

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

Luogo e data _____

Firma _____

Timbro e firma della/del Professionista

N.B.: nel caso di minori, deve essere raccolto il consenso da parte di entrambi i genitori se, come avviene di regola, esercitano ambedue la potestà genitoriale.

Informazioni sul trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (di seguito anche solo “GDPR”)

La Dr.ssa Rosaria Timpone (di seguito lo “**Psicologo**”), titolare del trattamento dei dati personali raccolti nello svolgimento dell’incarico ricevuto dal proprio paziente (di seguito l’“**Incarico**”), pone la massima attenzione alla sicurezza e alla riservatezza dei dati personali.

QUALI DATI PERSONALI CHE LA RIGUARDANO POSSONO ESSERE RACCOLTI

- Possono essere raccolte le seguenti categorie di dati personali che La riguardano (con il termine “**Dati personali**” si intenderanno le categorie di seguito riportate, congiuntamente considerate):
- **Dati anagrafici e di contatto** – informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo email o relativo ad altre piattaforme (es. Skype).
- **Dati di pagamento** – informazioni relative al pagamento dell’onorario per l’Incarico (es. numero di carta di credito/debito).
- **Dati relativi allo stato di salute**: i dati personali attinenti alla Sua salute fisica o mentale in relazione alla richiesta di esecuzione di esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi ed ogni altra tipologia di servizio di carattere sanitario connesso con l’esecuzione dell’Incarico.

COME VENGONO RACCOLTI I SUOI DATI PERSONALI, FINALITA’ E PRESUPPOSTO DEL TRATTAMENTO

Lo Psicologo raccoglie e tratta i Suoi dati come segue:

- ✓ **Dati anagrafici, di contatto e di pagamento** in occasione della prenotazione di un appuntamento nonché al fine di richiedere il pagamento dell’onorario per l’Incarico svolto. Presupposto per il trattamento: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali. Il conferimento dei dati è obbligatorio per gestire la Sua richiesta; in difetto non potremo darvi corso.
- ✓ **Dati relativi al Suo stato di salute** direttamente presso di lei nel corso dell’esecuzione dell’Incarico; Presupposto per il trattamento: esecuzione di obblighi contrattuali/precontrattuali che necessitano del suo consenso ex art. 9. 2 a) del GDPR.

Se Lei fornisce dati personali per conto di qualcun altro deve assicurarsi, preventivamente, che gli interessati abbiamo preso visione del presente documento.

Lo Psicologo Le chiede di aiutarlo a mantenere aggiornati i Suoi dati personali, informandolo di qualsiasi modifica.

COME VENGONO MANTENUTI SICURI I SUOI DATI PERSONALI

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.

PER QUANTO TEMPO VENGONO CONSERVATI I SUOI DATI

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.

Qui di seguito riportiamo i tempi di conservazione in relazione alle differenti finalità sopra elencate:

- Dati anagrafici e di contatto e Dati di pagamento: tali verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali e successivamente per 10 anni.
- Dati relativi allo stato di salute: I Suoi Dati relativi allo stato di salute saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'Incarico ed al perseguimento delle finalità proprie dell'Incarico stesso e comunque per un periodo non superiore a 5 anni successivi alla conclusione dell'Incarico, fatto salvo quanto eventualmente previsto da norme specifiche.

CON CHI POSSIAMO CONDIVIDERE I SUOI DATI PERSONALI

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 anche compresenti. La comunicazione nelle mani di un Suo delegato è eseguita in plico chiuso. I Dati relativi al Suo stato di salute potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con ASL o Autorità Pubbliche o Assicurazioni.

Ai Suoi Dati anagrafici, di contatto e di pagamento potranno avere accesso gli eventuali dipendenti debitamente autorizzati, nonché gli eventuali fornitori esterni, nominati, se necessario, responsabili del trattamento, che forniscono supporto per l'erogazione dei servizi.

Se desidera chiedere di poter visionare la lista dei responsabili del trattamento e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati potrà farlo utilizzando i dati di contatto di seguito riportati.

I dati possono essere condivisi con terzi fornitori di servizi, in particolar modo di supporto informatico e di telecomunicazione (Skype, WhatsApp, ...) per la mera gestione tecnica dei dati nelle comunicazioni o trattamenti di dati legati alle prestazioni (ad es., files cifrati in cloud). In nessun caso a tali soggetti saranno resi noti dati relativi al suo stato di salute, alle terapie e/o ai trattamenti in corso, ai test effettuati e ogni altra informazione di carattere sanitario.”

CONTATTI

I dati di contatto dello Psicologo, quale titolare del trattamento, sono i seguenti

Via A. Lamarmora 4. 35129 Padova

Cell. 3284561667

Email: rosaria.timpone@libero.it

I SUOI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI E IL SUO DIRITTO DI AVANZARE RECLAMI DINNANZI ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO

A certe condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'Incarico, Lei potrà esercitare i diritti di cui al GDPR (art. 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;
- 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 all'autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio n. 121 - 00186 ROMA - Fax: (+39) 06.69677.3785 - Telefono: (+39) 06.696771 - E-mail: garante@gpdp.it - Posta certificata: protocollo@pec.gpdp.it .

CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

per proprio conto

esercitando la potestà di genitore sul minore _____

esercitando la legale rappresentanza sul sig./sig.ra _____

altro specificare _____

avendo ricevuto apposita informativa al trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei **dati relativi al proprio stato di salute o della persona sopra riportata**, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per le finalità indicate nell'informativa.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma leggibile _____

N.B.: nel caso di minori, deve essere raccolto il consenso da parte di entrambi i genitori se, come avviene di regola, esercitano ambedue la potestà genitoriale.