

## CONTRATTO E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO

La sottoscritta Dott.ssa Giulia Spanu, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi del Lazio n. 28412 (con studio in Via Cardinal Mistrangelo 25, telefono: +39 3286214867, email: giuliaspanu93@libero.it, PEC giuliaspanu@psypec.it)

prima di rendere prestazioni professionali in favore del/della:

**(UTILIZZARE IL RIQUADRO APPROPRIATO)**

### **MAGGIORENNI**

Sig.....  
nat... a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....

### **MINORENNI**

Minorenne .....  
nat... a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....

fornisce le seguenti informazioni.

Le prestazioni di consulenza/sostegno psicologico saranno rese presso l'Istituto Sant'Apollinare, in Viale Vaticano 42 (RM). Gli incontri avranno la durata di 30 minuti e la frequenza di una volta a settimana. I dati personali e sensibili della persona assistita, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento. Tutto il materiale elaborato dal professionista resta di sua esclusiva proprietà.

### **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)**

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.

I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata.

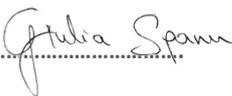
Esaurite le finalità per i quali sono stati raccolti, i dati personali verranno **anonimizzati irreversibilmente e/o cancellati e/o distrutti in modo sicuro**.

I dati saranno trattati dal Titolare e dagli eventuali Responsabili del trattamento nominati e strettamente autorizzati, attraverso l'adozione di misure tecnico-organizzative idonee a soddisfare il rispetto della normativa sulla privacy. I dati personali non saranno oggetto di comunicazione e/o diffusione a soggetti terzi, fatta eccezione per organismi di vigilanza,

autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge, a seguito di ispezioni o verifiche.

I dati personali non saranno soggetti a diffusione, né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato, ivi compresa la profilazione. In qualsiasi momento, inoltre, l'interessato potrà opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano o revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Si invita la persona assistita o gli esercenti la responsabilità genitoriale (per i minori) a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo nei riquadri indicati di seguito.

Il Professionista (firma).....

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO**

**RIQUADRO PER MAGGIORENNI**

La Sig.ra/ Il Sig. .... dichiara di aver compreso quanto illustrato sopra e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Giulia Spanu 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

**RIQUADRO PER MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minore.....

nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Giulia Spanu 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 della madre

Il Sig. .... padre del minore.....

nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a .....

in via/piazza .....n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Giulia Spanu 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 padre