



**CONFERIMENTO DI INCARICO A TITOLO GRATUITO E CONSENSO INFORMATO
UTENTE MAGGIORENNE**

La sottoscritta dott.ssa FEDERICA ANASTASIA, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Regione Friuli Venezia Giulia con il n. 1965, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del sig./della sig.ra _____, lo/la informa di quanto segue:

- Il colloquio che ci si appresta ad eseguire consiste nella consulenza socio-psicologica e career counseling;
- Il colloquio verrà reso mediante piattaforma Teams;
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dell'utente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.
- Il servizio di ascolto, supporto e sostegno, psicologico è rivolto agli studenti e studentesse, e strutturato sul modello di colloquio della durata di 20 minuti, previo appuntamento mezzo mail federica.anastasia@units.it.

Resta inteso, altresì, che il presente atto di conferimento di incarico professionale A TITOLO GRATUITO PER L'UTENTE – anche in ragione della natura e della peculiarità delle prestazioni che ne costituiscono oggetto – viene stipulato sulla base di un numero presuntivo di incontri che, tuttavia, non potrà essere superiore a uno.

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ in Via _____ n. _____
C.F. _____ email _____

avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stato posto a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista (compagnia assicurativa CAMPI, n. polizza 78985735, massimale Rc euro 1.000.000,00 per evento/periodo), dichiara:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con la dott.ssa FEDERICA ANASTASIA

Luogo e data _____

Firma _____

Il dott./la dott.ssa FEDERICA ANASTASIA sottoscrive la presente.

Firma della dott.ssa



**INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ART. 13 e14 REG. UE 2016/679)**

La dott.ssa FEDERICA ANASTASIA, in qualità di titolare del trattamento dei Suoi dati personali, presterà particolare attenzione alla tutela della Sua riservatezza. In particolare, ai sensi dell'articolo art. 13 e14 REG. UE 2016/679, desidera fornirle le seguenti informazioni:

I dati personali, anche particolari, sanitari o giudiziari, da Lei forniti o raccolti nel corso dell'incarico, nonché ogni altra informazione di cui verrò a conoscenza anche da terzi, comunque ricollegabili alla prestazione professionale, saranno trattati nel pieno rispetto dei Suoi diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità, con particolare riferimento alla Sua riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

Il titolare del trattamento, vista la propria struttura organizzativa, non ha ritenuto di nominare un Responsabile per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 37 del Reg. UE 2016/679.

Il trattamento dei Suoi dati potrà avvenire con strumenti elettronici e cartacei.

I dati raccolti saranno conservati per finalità di prova dell'avvenuta prestazione, per valutazione della stessa. Tutti i dati forniti e raccolti sono trattati esclusivamente per poter effettuare l'attività professionale di counseling psicologico, finalizzato al conseguimento di una valutazione e intervento per potenziare il benessere psicologico tramite strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico.

Ogni singola tipologia di trattamento è finalizzata ad ottenere il miglior risultato secondo scienza e coscienza. Il conferimento dei dati e delle informazioni richieste nel corso della prestazione è facoltativo, anche se l'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione della prestazione professionale.

Alcuni dati ed informazioni raccolte nel corso della prestazione potrebbero dover essere comunicati alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, esclusivamente sulla base di precisi obblighi di legge.

Le specifico che dati, informazioni, situazioni, stati clinici raccolti e verificati nel corso della prestazione **NON VERRANNO MAI** comunicati e trasmessi ad alcuno.

In caso di terapia di gruppo, alcune informazioni su situazioni, stati, circostanze, giudizi, aspetti della personalità conosciuti o emersi nel corso delle sedute, potranno essere parzialmente comunicati ai componenti del gruppo, esclusivamente per finalità di espletamento dell'incarico ricevuto.

I suoi dati personali non saranno trasferiti all'estero, ma potranno essere salvati su server ubicati in paesi dell'unione europea o verso paesi terzi rispetto a quelli dell'unione europea che offrono idonee garanzie di sicurezza in conformità a standard secondo decisioni di adeguatezza della Commissione Europea.

In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa Vostra esplicita richiesta.

L'interessato ha diritto:

- all' accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati
- ad ottenere senza impedimenti dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento
- a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca
- proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo o lettera raccomandata a/r all'indirizzo

Preso atto dell'informativa, presto il mio consenso per il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate.

Luogo, Data

Firma interessato



INTEGRAZIONE CONSENSO INFORMATO PER SEDUTE A DISTANZA

In particolare verrà utilizzato lo strumento della videoconferenza. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi e nel rispetto del GDPR 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003, come modificato da D.Lgs. n. 101/2018, nonché delle Linee Guida del Ministero della Salute e delle indicazioni fornite dal CNOP, si informa che la prestazione verrà svolta attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico.

Luogo, Data

Firma interessato
