

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA PSICOLOGICA
Decreto legislativo del 30/06/2003 n.196 GDPR 679/2016

La sottoscritta Dott.ssa Giuffrida Claudia Giusi, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Sicilia con il n.8610, prima di rendere prestazioni professionali in favore del Sig./Sig.ra..... nato/a a il..... e residente a..... in Via/Piazza gli/le fornisce le seguenti informazioni:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nel colloquio psicologico, finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personale, al sostegno emotivo-affettivo e all'orientamento nei rapporti con alunni, con i colleghi e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
- la prestazione sarà resa nel rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in particolare la Dott.ssa è strettamente tenuta al segreto professionale (Art. 11); tale obbligo può essere derogato solo nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge, secondo quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- le prestazioni verranno rese presso i locali dell'Istituto e/o data la situazione attuale d'emergenza e le misure di tutela adottate per il contenimento della diffusione del Covid19, la prestazione che verrà offerta potrebbe anche consistere in consulenze psicologiche online.
- I dati forniti saranno trattati ai sensi del D. L.vo 196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali", ivi compresi i dati sensibili e GDPR 679/2016;
- il trattamento dei dati avverrà secondo procedure idonee a tutelare la riservatezza e consisterà nella loro raccolta, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi e avrà come unico scopo l'espletamento delle finalità legate all'attività di consulenza e alla rilevazione dei bisogni del minore;
- il titolare e responsabile del trattamento dei dati è la Dott.ssa Claudia Giusi Giuffrida, Psicologa Psicoterapeuta iscritta alla Sezione A dell'Albo degli Psicologi della Regione Siciliana n° 8610.

Il/la Sig./Sig.ra..... dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali del Dott.ssa Giuffrida Claudia Giusi come sopra descritte.

Data

Firma