

Richiesta di consenso

Il sottoscritto Padre

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

La sottoscritta Madre

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

affidandosi alla dott.ssa / al dott. _____ Giovanna Doniselli

operante presso lo Studio Associato COSPES di Arese, Via don della Torre 2, 20020 Arese. Tel. 02/9384470 –
segreteria@cospesarese.it

sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
2. la prestazione offerta riguarda: il SERVIZIO DI ORIENTAMENTO
3. Per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente strumenti conoscitivi

Sono inoltre informati sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679**:

1. il Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR) prevede e rafforza la **protezione e il trattamento dei dati personali** alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati;
2. Lo Studio Associato COSPES di Arese è **titolare** del trattamento dei dati personali;
3. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo, sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale;
4. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali;
5. 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;
6. I 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**;
7. I dati personali saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo minimo di **5 anni** (art.17 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani);
8. I dati personali potrebbero essere condivisi con il corpo docenti per le finalità legate alla prestazione offerta;
9. Alla scuola viene rilasciata copia del profilo di orientamento che la dirigenza si impegna a gestire secondo le proprie regole in materia di trattamento dei dati personali;
10. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta;
11. Al persistere di talune condizioni, in relazione alle specificità connesse con l'esecuzione dell'incarico, sarà possibile all'interessato esercitare i **diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR** (come ad es. l'accesso ai dati personali nonché la loro rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e la trasmissione di tali dati a un altro titolare del trattamento). Nel caso di specie sarà onere del professionista verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni;
12. Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile 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 Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771 - PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it;

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato, **nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore**

Cognome e nome studente _____

Nato a _____ il _____ Residente a _____

in Via _____ Scuola _____ Classe _____

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e modalità della stessa e al trattamento dei dati personali, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione indicata

☐ FORNISCONO IL CONSENSO ☐ NON FORNISCONO IL CONSENSO

Arese, _____

Firma del Padre _____ Firma della Madre _____

Direttore dott. Lorenzo Ferraroli-Studio Associato Cospes Arese