

TERAPIE MINORI

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi del D. lgs 196/2003 e regolamento UE 679/2016 e consenso informato

In osservanza al D.lgs 196/2003 e al Regolamento UE 679/2016 le forniamo le dovute informazioni in ordine alle finalità e modalità del trattamento dei Suoi dati personali comuni e/o sensibili.

TITOLARE del trattamento è la Dott.ssa Campagnoli Piera (CMP PRI 50T67 L784Q), Presidente dell'Associazione Centro Psicologia e Counseling, sede Via Cantoni 6, 20064 Gorgonzola (MI). campagnoli@centropsicologia.it info@centropsicologia.it.

FINALITA' del trattamento: i dati personali sono necessari al fine di usufruire di trattamenti terapeutici, di attività culturali o formative, organizzate dall'Associazione Centro Psicologia e Counseling e dalla Dott. Piera Campagnoli.

PERIODO di conservazione dei dati: i dati saranno conservati per tutta la durata del trattamento e per un periodo ulteriore, fino a un massimo di dieci anni.

MODALITA' del trattamento: il trattamento dei suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e con l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione. I dati personali e quelli sensibili possono essere soggetti a trattamento solo con il suo consenso scritto e per la finalità specifica per la quale sono raccolti.

OBBLIGATORIETÀ del trattamento: il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, non sarà possibile procedere nelle attività concordate.

DIRITTI dell'interessato: all'interessato è riconosciuto in ogni momento il diritto di: accesso (Art. 15 GDPR n.2016/679); rettifica (Art. 16 GDPR n.2016/679); cancellazione (Art.17 GDPR n.2016/679); limitazione (Art. 18 GDPR n.2016/679); revoca entro i limiti consentiti dalla prosecuzione del rapporto di lavoro (Art. 7 GDPR n.2016/679); avanzare reclami all'autorità garante per la protezione dei dati personali (Art 51 GDPR n.2016/679). L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta al titolare dei dati personali tramite raccomandata a: Campagnoli Piera Via Cantoni 8 20064 Gorgonzola oppure tramite posta elettronica certificata: campagnoli.piera@pec.it.

COMUNICAZIONE a terzi: il Titolare del trattamento non effettua né vendita, né affitto di dati personali né trasferirà i Suoi dati a un paese terzo o a una organizzazione internazionale.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa ai sensi lgs 196/2003 e regolamento UE 679/2016.

FIRMA

Madre

Padre

Figlio di 16 anni o più.....

DATA,.....

CONSENSO INFORMATO

Mi dichiaro informato che:

Tutte le attività offerte dal Centro Psicologia sono presentate e dettagliate sul sito www.centropsicologia.it. Sono informato che i miei dati personali verranno trattati esclusivamente ai fini di diagnosi, cura, abilitazione, riabilitazione, in ambito psicologico psicoterapico, logopedico, psicomotorio, psicoeducativo, pedagogico. Sono informato che i miei dati verranno trasmessi allo Studio contabile FM Advisory Group SRL, via Tintoretto, 5 20145 Milano - V. G La Farina 47 50132 Firenze per la gestione amministrativa.

Sono informato che i miei dati verranno trasmessi ai terapeuti di riferimento e che verranno utilizzati per la compilazione di cartella clinica e di certificati.

Sono informato che l'attività sarà preceduta da alcune sedute conoscitive finalizzate ad approfondire il bisogno espresso. Sarò informato sull'andamento del percorso, sugli obiettivi, sugli strumenti utilizzati e sulle ipotesi successive. La durata globale dell'intervento non è definibile in anticipo, i tempi vengono concordati. In qualsiasi momento potrò interrompere l'intervento previa comunicazione e realizzazione di una seduta di monitoraggio del lavoro svolto. Sarò informato nel caso dovesse rendersi necessario un intervento coordinato col coinvolgimento di operatori interni, in merito allo scopo per cui viene proposto e alla metodologia utilizzata. Sono informato che per una maggior efficacia del trattamento, potrebbe esser necessario condividere il percorso terapeutico in equipe e/o supervisione e che potrebbe essere necessario contattare, avendo informato la persona e/o la famiglia e avendone ottenuto approvazione, professionisti che seguano la persona in carico presso altre strutture. Sono informato che i miei dati personali verranno raccolti in documenti cartacei presso la sede e/o in documenti digitali organizzati e protetti a norma di legge. Sono informato che i miei dati clinici verranno cancellati a termine trattamento. Verranno conservati per un periodo di 10 anni esclusivamente i dati relativi agli aspetti amministrativi, i documenti diagnostici, i documenti ufficiali. Sono informato che lo sviluppo del trattamento avverrà mediante accordi verbali col cliente e che il Centro Psicologia a tutela del cliente si assume la responsabilità di suggerire variazioni al percorso o anche una possibile sospensione qualora se ne ravvisasse l'utilità.

Gli incontri potranno essere registrati a scopo professionale, didattico, e/o scientifico, fermi restando gli obblighi del titolare e delle persone da lei autorizzate al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza.

☐ acconsento ☐ non acconsento alla registrazione audio

Potrebbero presenziare tirocinanti:

☐ acconsento ☐ non acconsento alla presenza di tirocinanti durante i colloqui professionali.

FIRMA

Madre

Padre

Figlio di 16 anni o più.....

DATA,.....

ASPETTI AMMINISTRATIVI

La tariffa è relativa a ogni intervento realizzato la cui durata potrà essere di 45' – 60' – 90' a seconda dell'intervento contrattualizzato. E' richiesta la puntualità. Eventuali ritardi non sono recuperabili. **La disdetta di un appuntamento deve essere comunicata con 24 ore di anticipo altrimenti la seduta dovrà essere saldata come realmente avvenuta.**

☐ Intervento psicologico	€.....	☐ Counseling	€.....
☐ Psicoterapia individuale	€.....	☐ Logopedia	€.....
☐ Psicoterapia coppia/famiglia	€.....	☐ Psicomotricità	€.....
☐ Diagnosi psicologica	€.....	☐ Rieducazione scrittura	€.....
☐ Intervento psicoeducativo	€.....	☐ Mediazione familiare	€.....
☐ Sostegno genitorialità	€	☐ Valutazione iniziale	€.....
☐ Altro	€..		

Il pagamento è da effettuarsi a seduta o al massimo mensilmente. Il bollo pari a 2 € a carico del cliente è obbligatorio per cifre superiori a € 77,47. La fattura può essere scaricata come cura medica: al fine della detrazione il pagamento dovrà essere tracciabile. L'invio della fattura avverrà in modalità telematica. Competente per gli aspetti amministrativi è la segreteria contattabile a info@centropsicologia.it.

INTESTAZIONE FATTURE

La fattura sarà intestata a.....

USCITA DEL FIGLIO A CONCLUSIONE DELLA TERAPIA

Il figlio/a ha più di 14 anni ? **SI NO** - Se ha più di 14 anni la madre e il padre

- ☐ autorizzano
- ☐ non autorizzano

il Centro Psicologia a consentire che esca in autonomia dai locali del Centro Psicologia.

Se i genitori desiderano delegare persone di loro fiducia al ritiro del figlio, devono allegare l'apposito modulo per delega.

DATA,.....

FIRMA

Madre

Padre

Figlio di 16 anni o più.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

D.lgs 196/03 – Regolamento UE 679/2016

Io sottoscritta
Nata a..... prov il.....
Residente a prov.....
Indirizzo n. civ.....
CAP..... CF.....
Cell.....e-mail.....

e

Io sottoscritto
Nato a..... prov il.....
Residente a prov.....
Indirizzo n. civ.....
CAP..... CF.....
Cell.....e-mail.....

In qualità di ☐ genitori ☐ tutore

Del minore
Nata/o a.....prov il.....
Residente a prov.....
Indirizzo n. civ.....
CAP..... CF.....
Cell.....e-mail.....

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi del D.lgs 196/03 e del Regolamento UE 679/2016 e dei diritti sopra citati:

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi del D.lgs 196/03 e del Regolamento UE679/2016 e delle informazioni sopra riportate

Decido in piena consapevolezza di avvalermi della seguente prestazione professionale :
.....
realizzata dal professionista.....

☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo a utilizzare i miei dati per la gestione degli appuntamenti, per comunicazioni scritte e/o orali fra terapeuta e segreteria e al trattamento dei miei dati da parte della Dott.ssa Piera Campagnoli.
☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo alla ricezione di informazioni riguardanti le attività del Centro

FIRMA

Madre

Padre

Figlio di 16 anni o più.....

Uscita del figlio a conclusione della terapia

Mio figlio ha meno di 14 anni Io sottoscritta (madre):.....

Io sottoscritto (padre):.....

Autorizzo il Centro Psicologia a consegnare a fine terapia mio figlio.....

O mia figlia Età..... a un adulto fra i seguenti:

Sig.....,Qualifica.....

Sig.....,Qualifica.....

Sig.....,Qualifica.....

Sig.....,Qualifica.....

FIRMA

Madre

Padre.....

Mio figlio ha più di 14 anni

Io sottoscritta (madre):..... Io sottoscritto

(padre):.....

Autorizzo il Centro Psicologia a consentire che mio figlio.....

Mia figlia.....ETA'

Esca in autonomia dai locali del Centro Psicologia

FIRMA

Madre

Padre.....

OPPURE

Autorizzo il Centro Psicologia a consegnare mio figlio..... O

figlia..... Età.....

A un adulto a scelta fra i seguenti

Sig.....,Qualifica.....

Sig.....,Qualifica.....

Sig.....,Qualifica.....

Sig.....,Qualifica.....

FIRMA

Madre

Padre.....

