



Associazione di Volontariato Solifer

Via Delle Rose 235124 - Padova

Numero Verde: 800210929

email: segreteria@soliferodv.it

PEC: solifer@pec.it

www.soliferodv.it

Codice fiscale 92145580285

Progetto "Reti di solidarietà ai tempi della pandemia: le sentinelle del territorio per i nuovi bisogni di salute dei cittadini e contro le disuguaglianze sociali"

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

La sottoscritta _____,
nata a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

affidandosi all'Associazione Solifer OdV con sede legale in Via Delle Rose n. 2 a Padova, Codice Fiscale 92145580285.

E' informato/a sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani- *di seguito C.D.*, nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.
2. la prestazione offerta riguarda sostegno psicologico tramite colloquio in presenza e/o online all'interno del Progetto Progetto "Reti di solidarietà ai tempi della pandemia: le sentinelle del territorio per i nuovi bisogni di salute dei cittadini e contro le disuguaglianze sociali"
3. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989 di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico - (*art.13 lett. C del Regolamento UE 2016/679 -di seguito GDPR e D.Lgs. 101/2018*) all'interno del Progetto "Reti di solidarietà ai tempi della pandemia" realizzato dall'Associazione Solifer OdV.

Sono informato/a sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018 pubblicata sul sito <https://www.soliferodv.it/privacy>**:

1. L'Associazione Solifer Odv è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico oggetto di questo contratto:
 - a. **dati anagrafici, di contatto** - informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC, e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile;
 - b. **dati relativi allo stato di salute**: i dati particolari attinenti alla salute fisica o mentale (o ogni altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 101/2018) sono raccolti direttamente, in relazione alla richiesta di esecuzione di valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi e ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito allo psicologo.

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i **dati personali**.

2. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato della persona e al fine di svolgere l'incarico conferito dalla persona allo/a psicologo/a dell'Associazione Solifer OdV.
3. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche, e resi in forma anonima per le finalità del progetto.
4. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
5. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.
6. 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 D.Lgs. 101/2018** (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità ovvero diritto di ottenere copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico -in linea di massima trattasi solo di dati inseriti nel computer- e diritto che essi vengano trasmessi 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.
7. 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 Venezia 11 - 00187 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 _____,

nata/o a _____ il _____ residente a _____
in via _____

codice fiscale _____ *(indicare i dati del minore)*

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e modalità della stessa, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, all'attività di supporto psicologico all'interno del Progetto "Reti di solidarietà ai tempi della pandemia: le sentinelle del territorio per i nuovi bisogni di salute dei cittadini e contro le disuguaglianze sociali" in favore del/la proprio/a figlio/a.

FORNISCE IL CONSENSO

avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati relativi allo stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa in favore del/la proprio/a figlio/a.

FORNISCE IL CONSENSO

Numero di telefono di un genitore per contatti _____

Email _____

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

Vi chiediamo di rispondere a queste brevi domande:

1. Breve descrizione del motivo per cui ci ha contattati per suo figlio/a
2. Descriva le manifestazioni del disagio di suo figlio/a a livello corporeo
3. In una scala da 1 a 10 (1 grado minimo – 10 grado massimo) quanto ritiene che queste problematiche/difficoltà incidano in questo momento nella vita di suo figlio/a