

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

*Informativa per il cliente ai sensi dell'art. 13 del D.lgs.
196/2003*

Con la presente si informa che il Regolamento UE 2016/679 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.

1. Titolare del trattamento è la Dott.ssa Camilla Drovandi, la quale è responsabile della protezione dei dati personali.
2. I dati personali, i dati sensibili e quanto correlato agli interventi psicologici (per esempio, e con ciò senza limitare: esiti degli strumenti di valutazione psicologica, appunti personali) possono essere oggetto di trattamento solo con il Suo consenso scritto, e per la finalità specifica per la quale sono raccolti. In particolare, i dati verranno trattati per le seguenti finalità:
 - per gestire i rapporti funzionali volti all'espletamento dell'incarico professionale richiesto;
 - per eventuali contatti legati alla prestazione professionale (telefonici, via e-mail, ecc.);
 - per gestire come dato aggregato statistiche di tipo scientifico, organizzative o contabili;
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. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma in caso di rifiuto non sarà strutturalmente possibile svolgere l'attività professionale richiesta e gli obblighi di legge da essa derivanti.
7. I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso.
8. Lei ha il diritto di ottenere la conferma che sia in corso o meno un trattamento dei suoi dati e, in tal caso, di ottenere l'accesso a tali dati e alle seguenti informazioni: le finalità del trattamento; le categorie di dati personali trattati; i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; il periodo di conservazione dei dati personali previsto. Lei può esercitare il diritto di rettifica, il diritto alla cancellazione dei dati personali che la riguardano. Ha il diritto di proporre reclamo innanzi alle autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali – www.garanteprivacy.it). Lei ha il diritto di revocare il suo consenso in ogni momento senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Ove applicabili, lei ha il diritto all'oblio, il diritto alla limitazione di trattamento, il diritto alla portabilità dei dati, il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che la riguardano.
9. I suddetti diritti possono essere esercitati in qualsiasi momento inviando comunicazione scritta al Titolare del trattamento dei dati, Dott.ssa Camilla Drovandi, reperibile al numero 3407727431, email camilla.drovandi@gmail.com
10. Il titolare del trattamento non effettua in alcun modo la vendita o l'affitto di dati personali. Non è presente un processo decisionale automatizzato. I dati non sono utilizzati in nessun processo monitoraggio su larga scala. I dati non vengono conferiti a paesi fuori dall'Unione Europea e/o fornitori di servizi non armonizzati ai sensi del GDPR.

MODULO MINORENNI - Consenso informato e dichiarazione al trattamento dei dati personali

La/il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il _____
residente a _____, in via _____

La/il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il _____
residente a _____, in via _____

Visto e compreso tutto quanto indicato nell'informativa allegata,
nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____
nata/o a _____ il _____
e residente a _____ in via _____
frequentante la classe _____ della scuola Secondaria di primo grado di Golasecca

☐ Forniscono il consenso

☐ Non forniscono il consenso

per l'accesso al Servizio di sportello di ascolto psicologico

☐ Forniscono il consenso

☐ Non forniscono il consenso

affinché nella sua classe si svolgano momenti di osservazione/interventi da parte della psicologa

☐ Forniscono il consenso

☐ Non forniscono il consenso

al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Golasecca,

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale

(1)

(2).....