

## CONSENSO INFORMATO PER CONSULENZA PSICOLOGICA E/O PSICOTERAPIA - MINORI

Il paziente

COGNOME	NOME
Nato/a a	in data
Residente a	in via

Per il paziente qui sopra indicato, il sottoscritto

COGNOME	NOME
Nato/a a	in data
Residente a	in via

In qualità di suo:

genitore   
  caregiver   
  tutore   
  curatore   
  amministratore di sostegno   
  (altro)

e il sottoscritto

COGNOME	NOME
Nato/a a	in data
Residente a	in via

In qualità di suo:

genitore     (altro) \_\_\_\_\_

affidandosi alla/al **dott.ssa/dott.** \_\_\_\_\_

- Abilitata/o all'esercizio della psicoterapia  
 Non abilitata/o all'esercizio della psicoterapia

sono/ è informati/a/o sui seguenti punti:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
2. la prestazione offerta riguarda \_\_\_\_\_
3. la prestazione è finalizzata ad attività di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e/o sostegno in ambito psicologico – (art.1 della legge n.56/1989) ed ad attività di psicoterapia;
4. per il conseguimento dell'obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti:  
\_\_\_\_\_;
5. la durata globale dell'intervento è definibile in n. \_\_\_\_ sedute/incontri/sessioni/...;
6. in qualsiasi momento si può interrompere la valutazione e/o la terapia, tuttavia, al fine di permettere i migliori risultati delle stesse, va comunicata al terapeuta la volontà di interruzione rendendosi disponibili ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
7. lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione della valutazione e/o del rapporto terapeutico quando constata che quest'ultimo non risulta efficace/efficiente o quando il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della stessa - se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice

Società e Salute S.p.A.

Deontologico degli Psicologi italiani).

**Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,**

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, esprimiamo il libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione suindicata.

ACCONSENTIAMO

NON ACCONSENTIAMO

Noi sottoscritti, in qualità di esercenti la potestà genitoriale/tutoriale del sunnominato minore, avendo letto, compreso ed accettato quanto sopra, acconsentiamo che nostro figlio effettui il percorso di consulenza/valutazione neuropsicologica che il Dr./Dr.ssa ..... riterrà necessario nel suo caso, ovvero incontri individuali e/o congiunti ad uno o ad entrambi i genitori, impegnandoci a collaborare al meglio delle nostre possibilità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PROFESSIONISTA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEI GENITORI**  
(rappresentante legale/tutore)

**Società e Salute S.p.A.**

Sede legale: via Temperanza, 6 - 20127 Milano (Italia)  
Capitale sociale i.v. Euro 2.423.893,30 - C.F. 05128650966 - P.IVA 03740811207 - Socio unico UnipolSai Assicurazioni S.p.A.  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A.

[www.santagostino.it](http://www.santagostino.it)

## DELEGA VISITE

Io Sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(allegare fotocopia documento d'identità valido) ed

Io Sottoscritta \_\_\_\_\_ Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(allegare fotocopia documento d'identità valido)

**Genitori / tutore del minore** \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(allegare fotocopia documento d'identità valido)

**Deleghiamo / delego il Sig. / la Sig.ra** \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### Ad accompagnare nostro/a figlio/a per effettuare le seguenti visite specialistiche:

\_\_\_\_\_

Nella sede del Santagostino di:

\_\_\_\_\_

La persona delegata è in grado di comunicare notizie in merito allo stato di salute di nostro/a figlio/a, è in grado di ricevere informazioni in merito alla visita che riceverà nostro/a figlio/a e firmerà in nostra vece autorizzando il Santagostino all'erogazione delle suddette prestazioni.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEI GENITORI / TUTORE**



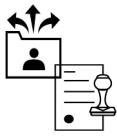






Società e Salute S.p.A.

Sede legale: via Temperanza, 6 - 20127 Milano (Italia)  
Capitale sociale i.v. Euro 2.423.893,30 - C.F. 05128650966 - P.IVA 03740811207 - Socio unico UnipolSai Assicurazioni S.p.A.  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A.

[www.santagostino.it](http://www.santagostino.it)


## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI per il DELEGATO ACCOMPAGNATORE DEL MINORE

(art. 13 Regolamento UE 2016/679 - “GDPR”)

	<b>Chi siete?</b>	Società e Salute S.p.A., con sede legale in via Temperanza, 6 - 20127 Milano - C.F. e P.I. 05128650966 (anche “Santagostino”).
	<b>Quali dati trattate?</b>	Unicamente i dati presenti nel modulo.
	<b>A quale scopo trattate i dati, e cosa vi autorizza a farlo?</b>	I dati raccolti vengono trattati per: <b>a)</b> finalità di identificazione del delegato accompagnatore del minore; art. 6 § 1 c) del GDPR; <b>b)</b> finalità difensive che si rendano necessarie per il Titolare; artt. 6 § 1.f) del Reg. UE 2016/679 (GDPR).
	<b>Condividete i dati con qualcuno?</b>	I dati del delegato verranno comunicati, nella misura minima necessaria per il raggiungimento delle finalità, sulla base della normativa applicabile e/o di un accordo contrattuale con il Santagostino, a: <b>a)</b> persone fisiche interne autorizzate al trattamento (es. personale amministrativo, ecc.), obbligate per legge o per contratto alla riservatezza; <b>b)</b> fornitori di servizi connessi e/o conseguenti alla prestazione sanitaria, che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento o come autonomi Titolari (es. fornitori di servizi informatici, legali, ecc.).
	<b>I dati vengono trasferiti al di fuori dell’Unione Europea?</b>	Per alcune attività utilizziamo servizi che comportano il trasferimento di dati personali fuori dall’Unione Europea, unicamente con soggetti (Paesi e/o organizzazioni internazionali) per i quali esista una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, o sulla base di una delle altre garanzie o deroghe previste dal capo V del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). L’elenco di tali soggetti, con l’indicazione del servizio per il quale sono impiegati, è disponibile su richiesta dell’interessato.
	<b>Per quanto tempo conservate i dati?</b>	Conserviamo il modulo compilato per un periodo non superiore ad un anno successivo all’accompagnamento del minore, salva la necessità di conservazione per un periodo più lungo per necessità di accertamento, esercizio o difesa di un diritto del Titolare o di terzi. Non conserviamo copia del tuo documento di identità.
	<b>Sono obbligato a fornire i dati?</b>	La comunicazione dei Dati Personali è obbligatoria, al fine di consentire al delegato di esercitare i poteri di delega come accompagnatore del minore.
	<b>Cosa accade se non lo faccio?</b>	Non potremo dare corso alla richiesta. <b>Ci dispiace!</b>
	<b>Quali diritti ho?</b>	Il delegato, in quanto persona a cui si riferiscono i dati (“Interessato”), in relazione a questo specifico servizio hai il diritto di: a) accedere ai dati in possesso del Titolare, e di chiederne copia, salvo nel caso in cui l’esercizio del diritto leda i diritti e le libertà di altre persone fisiche; b) chiedere la rettifica dei dati eventualmente incompleti o inesatti; c) chiedere la limitazione del trattamento, ove ricorrano i presupposti e salve le esclusioni stabilite dall’art. 18 § 2 GDPR; d) richiedere la portabilità dei dati (ossia riceverli in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, per poterli trasmettere ad altro Titolare senza impedimenti), ove tecnicamente possibile e salvo nel caso in cui l’esercizio del diritto leda i diritti e le libertà di altre persone fisiche;

Società e Salute S.p.A.

Sede legale: via Temperanza, 6 - 20127 Milano (Italia)  
Capitale sociale i.v. Euro 2.423.893,30 - C.F. 05128650966 - P.IVA 03740811207 - Socio unico UnipolSai Assicurazioni S.p.A.  
Società soggetta all’attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A.

		<p>e) proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali (in Italia, <a href="http://www.garanteprivacy.it">www.garanteprivacy.it</a>), o all'Autorità Garante dello Stato dell'UE in cui risiede abitualmente o lavora, oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.</p> <p><b>Diritto di opposizione:</b> puoi opposti al Trattamento basato sul legittimo interesse, in qualunque momento per motivi connessi alla tua situazione particolare (es. pregiudizio all'onore, alla reputazione, al decoro), salva la dimostrazione da parte del Titolare di un interesse legittimo cogente e prevalente a norma dell'art. 21.1 GDPR, e salvo che il trattamento sia necessario per accertamento, esercizio o difesa di un diritto in sede giudiziaria.</p> <p>L'esercizio dei diritti di cui sopra può essere inoltre ritardato, limitato o escluso nei casi previsti dall'art. 2-undecies d.lgs. 196/2003.</p>
	<b>Chi posso contattare per domande o per esercitare i miei diritti?</b>	<p>Il delegato può contattare Società e Salute S.p.A. per questioni inerenti al trattamento dei tuoi dati personali inviando una e-mail all'indirizzo <a href="mailto:privacy@santagostino.it">privacy@santagostino.it</a>, oppure al nostro Responsabile della Protezione dei Dati (DPO), all'indirizzo: <a href="mailto:dpo@santagostino.it">dpo@santagostino.it</a></p>

Questa informativa è in vigore dalla data indicata a piè di pagina; ci riserviamo di modificarne il contenuto, in parte o completamente, anche a seguito di variazioni della normativa privacy e/o delle indicazioni delle Autorità competenti.

Alcune icone sono tratte dal "DaPIS (Data Protection Icon Set)" creato dal CIRSIFID, Università di Bologna e Accademia di Belle Arti di Bologna (<http://gdprbydesign.cirsfid.unibo.it/dapis-the-data-protection-icon-set/>), rilasciato con licenza Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International (CC BY-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>).

Società e Salute S.p.A.

Sede legale: via Temperanza, 6 - 20127 Milano (Italia)  
 Capitale sociale i.v. Euro 2.423.893,30 - C.F. 05128650966 - P.IVA 03740811207 - Socio unico UnipolSai Assicurazioni S.p.A.  
 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A.

[www.santagostino.it](http://www.santagostino.it)