NOTA INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI E RACCOLTA DEL CONSENSO

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs 196/2003 e del DGPR 2016/679

Gentile Signore/a,
desideriamo informarLa che, al fine dello svolgimento dell'incarico professionale conferitomi, sarà necessario operare il trattamento dei dati personali e dei dati sensibili che saranno raccolti.
Prima di chiederLe il consenso scritto necessario per il trattamento, Le forniamo le seguenti indicazioni.
Il trattamento è finalizzato unicamente allo svolgimento dell'attività professionale e sarà effettuato mediante: inserimento dei dati in computer, appunti scritti, compilazione di cartelle cliniche, registrazioni audio/video.

La dott.ssa Ilaria Vallini è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico in oggetto.

dati personali: dati anagrafici, di contatto e relativi allo stato di salute. Potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, collaboratori nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi.

1. Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e al fine di svolgere l'incarico conferito dal paziente allo psicologo.
2. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
3. 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.

a. 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.

RICHIESTA DI CONSENSO

PROGETTO DI SCREENING

"Rilevazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) nella scuola secondaria di I grado"

Progetto finalizzato al riconoscimento di eventuali difficoltà specifiche di lettura, scrittura e calcolo, attraverso la somministrazione di prove standardizzate. Consente di individuare efficacemente eventuali difficoltà di apprendimento finalizzato ad un eventuale successivo approfondimento di specifiche aree di apprendimento osservate come a rischio.

Sono consapevole che la partecipazione di mio/a figlio/a allo screening è volontaria e che ho la facoltà di ritirare il consenso in qualsiasi momento.

Sono inoltre consapevole che i risultati dello screening saranno condivisi con le maestre delle classi coinvolte nel progetto e trattati secondo la normativa sulla privacy DGPR.

Dott.ssa Ilaria Vallini – Psicologa – Iscrizione Ordine Psicologi Regione Lazio n. 9964
Email: ilariavallini2@gmail.com – Tel. 3356128510

Io sottoscritto/a…….
(nome e cognome del genitore)

dichiaro di essere stato/a informato/a sugli scopi e le modalità dello screening che verrà svolto presso la scuola "....." del Comune de La Maddalena e acconsento che mio/a figlio/a…….. nato/a a…… in data……..classe……..partecipi a questo progetto.

Per la comunicazione dei risultati si fornisce la seguente mail……e il seguente recapito telefonico……..

Data .....

Firma del padre……..

Firma della madre…….

Dott.ssa Ilaria Vallini – Psicologa – Iscrizione Ordine Psicologi Regione Lazio n. 9964
Email: ilariavallini2@gmail.com – Tel. 3356128510