



INFORMATIVA, PATTUIZIONE DEL COMPENSO, CONSENSO TRATTAMENTO DATI PERSONALI

ALL'ATTO DEL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE PER INTERVENTI CON MINORI

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del regolamento UE 679/2016 relativo alla tutela del trattamento dei dati personali

1 – Premessa

L'articolo 13 del regolamento UE 679/2016, regola la tutela delle persone e degli altri soggetti in relazione al trattamento dei dati personali, impone determinati requisiti e precauzioni affinché tale trattamento avvenga secondo principi di correttezza, legalità e trasparenza, a tutela dei diritti e della Privacy del soggetto interessato. Si tratta di principi da noi condivisi ed è con questo spirito che ci preghiamo, ai sensi dell'art. 13 del predetto regolamento, di fornirle le seguenti informazioni rispetto al trattamento dei suoi dati personali di suo/a figlio/a.

Il trattamento dei dati personali avviene nel pieno rispetto della normativa sopra richiamata ed è indispensabile ai fini dell'adempimento delle reciproche obbligazioni contrattuali derivanti dall'accesso ai servizi offerti da Associazione ComPensa DSA

2 – Finalità del trattamento

I dati del soggetto interessato che ci avete liberamente fornito all'atto della sottoscrizione del servizio, saranno trattati per le seguenti finalità:

- a) accesso alle prestazioni e servizi specialistici erogati dall'Associazione ComPensa con il conseguente rilascio di informazioni necessario per l'adempimento delle attività di natura amministrativa, organizzativa e contabile;
- b) SE ISCRITTI AI LABORATORI o se verrà attivato un percorso di trattamento online con la piattaforma RIDINET comunicazione ad Anastasis Soc. Coop. Sociale dei dati personali (Nome, Cognome, indirizzo mail) relativi ai titolari della licenza per l'uso degli strumenti compensativi che vengono utilizzati nello studio individuale a casa e/o scuola. Il trasferimento dei suddetti dati si rende necessario per l'espletamento dei servizi di attivazione della licenza software e assistenza tecnica.

3 – Modalità del trattamento

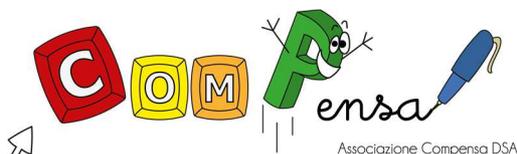
I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali che informatiche. In ogni caso saranno adottate tutte le procedure idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.

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.

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.

I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:

- dati anagrafici, di contatto e di pagamento: verranno tenuti per il tempo necessario a gestire gli adempimenti contrattuali/contabili e successivamente per un tempo di 10 anni;
- dati relativi allo stato di salute: saranno conservati unicamente per il periodo di tempo strettamente necessario allo svolgimento dell'incarico e al perseguimento delle finalità proprie dell'incarico stesso e comunque per un periodo minimo di 5 anni (art.17 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).



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, e in particolare:

- dati anagrafici, di contatto e di pagamento: potranno essere accessibili anche a eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
- dati relativi allo stato di salute: verranno resi noti, di regola, solamente all'interessato e solo in presenza di una delega scritta a terzi. Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento. Potranno essere condivisi, in caso di obblighi di legge, con strutture/servizi/operatori del SSN o altre Autorità pubbliche.

Salvo parere contrario, le informazioni contabili relative alle spese sanitarie verranno trasmesse all'Agenzia delle Entrate, tramite flusso telematico del Sistema Tessera Sanitaria, ai fini dell'elaborazione del mod.730/UNICO precompilato e risulteranno accessibili anche dai soggetti ai quali Lei dovesse risultare fiscalmente a carico (coniuge, genitori, ecc.). L'opposizione all'invio dei dati (da rendere attraverso il punto in calce alla presente) non pregiudica la detrazione della spesa, bensì comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione precompilata.

La informiamo che ai sensi della legge 197/2019 la detrazione dell'imposta lorda nella misura del 19%, le spetta a condizione che la parcella sia pagata con versamento bancario o postale ovvero mediante altri sistemi di pagamento tracciabili (D. Lgs. 242/1997).

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, nel senso che costituisce condizione necessaria e indispensabile per consentire a Associazione Compensa Dsa di adempiere alle proprie obbligazioni.

In caso di un suo rifiuto al conferimento e al trattamento dei dati del soggetto interessato, lo svolgimento del rapporto non troverà alcuna esecuzione e renderà impossibile perseguire le finalità indicate al precedente punto 2 della presente informativa.

In nessun caso i suoi dati personali, connessi alla finalità indicate al precedente punto **2a** della presente informativa, saranno comunicati all'esterno di Associazione Compensa. Per ciò che si riferisce ai dati del soggetto interessato resi assolutamente anonimi, connessi alle finalità specificate nel precedente punto **2b**, potranno essere utilizzati solo per finalità esclusivamente tecniche.

4 – Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è Associazione Compensa Dsa, nella persona della Dott.ssa Bonetti Daniela, in qualità di presidente dell'associazione, al quale può rivolgersi, oltre che per lettera, anche per:

- Telefono: 331-4763214
- Posta Elettronica: associazione compensa@gmail.com

L'interessato può consultare la normativa vigente all'indirizzo internet <http://www.garanteprivacy.it>

5 – Diritti dell'interessato

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 (come ad es. l'accesso ai dati personali nonché la loro rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, copia dei dati personali in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e la trasmissione di tali dati 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.

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 di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA - fax: (+39) 06.696773785 - telefono: (+39) 06.696771
PEO: garante@gpdp.it - PEC: protocollo@pec.gpdp.it .

6 – Conferimento dell'incarico e pattuizione del compenso

L'Associazione Compensa, nella persona del presidente Daniela Bonetti, iscritta all'Ordine degli Psicologi della LOMBARDIA con il n. 03/14687, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del minore _____, informa i genitori di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nella presa incarico del minore e della famiglia finalizzata alla consulenza psicologica;
- a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente i genitori e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso lo studio di psicologia nella sede dell'Associazione ComPensa, sito in BERGAMO Via Borgo Palazzo, 42 o nelle sedi distaccate o a domicilio;
- In particolari situazioni, in accordo con la famiglia, le prestazioni potranno essere rese in via telematica (video-conferenza o chat) tramite piattaforma Skype, Meet, Zoom o analogo sistema digitale.
- in qualsiasi momento i genitori potranno richiedere l'interruzione del rapporto professionale con un preavviso. In tal caso, si impegnano a comunicare al professionista tale volontà e si rendono disponibili sin d'ora ad effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto;
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge;
- il servizio di Screening delle difficoltà di apprendimento è reso a titolo GRATUITO per il periodo di SETTEMBRE 2020;
- La informiamo che ai sensi della legge 197/2019 la detrazione dell'imposta lorda nella misura del 19%, le spetta a condizione che la parcella sia pagata con versamento bancario o postale ovvero mediante altri sistemi di pagamento tracciabili (D. Lgs. 242/1997).

Resta inteso, altresì, che il presente atto di conferimento di incarico professionale – anche in ragione della natura e della peculiarità delle prestazioni che ne costituiscono oggetto – viene stipulato sulla base di un numero presuntivo di incontri che, tuttavia, è suscettibile di talune variazioni in relazione all'andamento del percorso da intraprendere. In tal caso, il professionista ne darà tempestiva informazione e si potrà procedere ad un'integrazione della presente scrittura privata o al conferimento di nuovo incarico.

Il/La sottoscritto/a _____ identificato/a mediante documento: _____
n° _____ rilasciato da _____ il _____

Il/La sottoscritto/a _____ identificato/a mediante documento: _____
n° _____ rilasciato da _____ il _____

in quanto genitori del/della minore _____

oppure

in quanto tutori del/della minore _____ in ragione di
(indicare provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero) _____

Avendo ricevuto l'informativa di cui sopra ed essendo stati posti a conoscenza degli estremi della polizza assicurativa stipulata dal professionista referente (compagnia assicurativa **Allianz SpA**, n. polizza **500216023**, massimale 2.000.000), e dell'Associazione Compensa (compagnia assicurativa **Reale Mutua**, n. polizza **2254717**) dichiariamo:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di esprimere il nostro consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca dell'intervento concordato;
- di aver pattuito il compenso come da preventivo sopra indicato, da intendersi comprensivo di tutti gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico ai sensi della *Legge 4 Agosto 2017 n. 124*, fatte salve le previsioni sopra indicate circa l'effettiva durata dello stesso.

7 – Consenso

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

per proprio conto

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____,

nata/o a _____ il _____ residente a _____

in via _____ C.F. _____

esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig. _____ (in caso di interdetto)

nata/o a _____ il _____ residente a _____

_____ in via _____

altro specificare _____

Avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a costi, fini e modalità della stessa, **esprime il proprio libero consenso**, barrando la casella di seguito, alla prestazione e al preventivo suindicati.

FORNISCONO IL CONSENSO

(consenso NECESSARIO per effettuare il trattamento/percorso)

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

FORNISCONO IL CONSENSO

(consenso NECESSARIO per effettuare il trattamento/percorso)

In caso di prestazione sanitaria per l'invio al **Sistema Tessera Sanitaria** dei dati anagrafici, di contatto e di pagamento tramite flusso telematico dell'agenzia delle entrate ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata (in caso contrario segnalare OPPOSIZIONE alla trasmissione al sistema TS ai sensi dell'art. 3 del DM 31/7/2015). La informiamo che ai sensi della legge 197/2019 la detrazione dell'imposta lorda nella misura del 19%, le spetta a condizione che la parcella sia pagata con versamento bancario o postale ovvero mediante altri sistemi di pagamento tracciabili (D. Lgs. 242/1997).

FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCONO IL CONSENSO

(consenso NON necessario per effettuare il trattamento/percorso)

Oltre alle finalità sopra descritte si chiede di dare o meno il proprio consenso all'Associazione Compensa per:

- sottoporvi informazioni e/o inviarvi documentazione (per posta o per e-mail) relativamente alle nostre **attività associative**

FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCONO IL CONSENSO

(consenso NON necessario per effettuare il trattamento/percorso)

- effettuare **foto e/o riprese video** che abbiano come soggetto partecipante la persona di vostro figlio con finalità di rendicontazione e monitoraggio; tali materiali (foto, audio, video) potrebbero essere utilizzati per eventuali pubblicazioni scientifiche o pubblicitarie (pagine facebook, sito internet o servizi giornalistici o pubblicitari)

FORNISCONO IL CONSENSO

NON FORNISCONO IL CONSENSO

(consenso NON necessario per effettuare il trattamento/percorso)

Luogo e data _____

Firme/a **X** _____ *

X _____



Timbro e firma del presidente dell'Associazione

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori. (Valido solo per i servizi psicopedagogici)