

6. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.
7. I tempi di conservazione, in relazione alle differenti finalità sopra elencate, saranno i seguenti:
 - a) 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;
 - b) dati relativi allo stato di salute: saranno conservati 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).
8. 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:
 - c) dati anagrafici, di contatto e di pagamento: potranno essere accessibili anche o eventuali dipendenti, nonché a fornitori esterni che supportano l'erogazione dei servizi;
 - d) 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.
9. L'eventuale lista dei responsabili del trattamento e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata o richiesta.
10. 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 e D. Lgs 101/2018 (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 dei professionisti verificare la legittimità delle richieste fornendo riscontro, di regola, entro 30 giorni.
11. Per eventuali richiami 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 permanenti: Garante per la protezione dei dati personali – piazza di Montecitorio n. 121 – 00186 Roma – fax (+39) 06 696773785 – telefono (+39) 06 6967771 – PEO: garante@gpdp.it – PEC: protocollo@pec.gpdp.it .

Luogo e data _____

Firma per ricevuta informazione _____

CONSENSO

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato

- per proprio conto (se maggiorenne)
- nell' esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore:

nome e cognome _____
 codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 nato/a a _____ prov _____ il _____
 residente in via _____
 paese _____ prov _____ cap _____

- esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig.:

nome e cognome _____
 codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 nato/a a _____ prov _____ il _____
 residente in via _____
 paese _____ prov _____ cap _____

- altro (specificare): _____

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento da il consenso

1. avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione ai fini e alle modalità delle prestazioni, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito

do il consenso

2. 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

do il consenso

3. inoltre do il consenso ai seguenti ulteriori trattamento (seleziona le voci)

utilizzo dei dati in forma anonima per pubblicazione scientifiche;

autorizzo i professionisti a contattare eventuali servizi o altre figure professionali (es. neuropsichiatria, ecc.) per attività inerenti all'incarico conferito dal cliente

Luogo e data _____

Firma per consenso _____

Firma secondo genitore (se utente minore) _____